



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

**DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO EM CONTEXTO FAMILIAR – ESTUDO
EXPLORATÓRIO DE BASE POPULACIONAL NO CONCELHO DA MAIA**

Maria do Carmo Alves da Rocha

Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem

2015

MARIA DO CARMO ALVES DA ROCHA

**DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO EM CONTEXTO FAMILIAR – ESTUDO
EXPLORATÓRIO DE BASE POPULACIONAL NO CONCELHO DA MAIA**

Tese de Candidatura ao Grau de Doutor em
Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto
de Ciências Biomédicas Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientador – Professor Doutor Abel Paiva e
Silva

Co-orientador – Professora Doutora Manuela
Teixeira

Categoria – Professor Coordenador

Filiação – Escola Superior de Enfermagem do
Porto

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Ao Professor Doutor Abel Paiva pelo que aprendi com a sua orientação;

À Professora Doutora Manuela Teixeira pela sua disponibilidade;

Às famílias que permitiram a realização desta investigação;

À minha família e amigos pelo apoio incondicional.

RESUMO

A investigação que se apresenta enquadra-se no domínio da dependência no autocuidado e da transição do membro de família prestador de cuidados para o exercício do papel, tendo como finalidade: melhorar o conhecimento sobre o fenómeno da dependência no autocuidado, em contexto familiar, a fim de projetar tendências sobre as necessidades das pessoas dependentes no autocuidado e das suas famílias, os modelos assistenciais de enfermagem e a utilização de recursos.

Foram desenvolvidos dois estudos. Primeiro, realizou-se um estudo exploratório de base populacional, incidindo na caracterização das famílias que integravam dependentes no autocuidado no concelho da Maia. Foi utilizada uma amostra aleatória estratificada tendo sido contactados, entre o mês de Fevereiro e Abril de 2011, um número de famílias por subsecção territorial num total de 1491. Para a recolha de dados foi aplicado o formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”. O segundo estudo teve natureza qualitativa, realizando-se dez entrevistas semiestruturadas a familiares prestadores de cuidados que integraram o primeiro estudo, referenciados como informantes privilegiados, no sentido de compreender-se como é que os membros de família prestadores de cuidados experienciaram a transição para o exercício do papel, bem como se procurou identificar os fatores que interferiram com a transição.

Apurou-se que a proporção de famílias clássicas do concelho da Maia que integravam uma pessoa dependente no autocuidado era de 8,38%. Foram identificados dois tipos de perfis de casos em função da dependência no autocuidado: o caso de famílias que integravam pessoas dependentes que estão “acamadas” e o caso de famílias que integravam pessoas que apresentando dependência, não estão “acamadas”. No que diz respeito à transição para membro de família prestador de cuidados verificou-se que os mesmos não foram preparados para o exercício do papel e que o desenvolvimento de competências para tomar conta foi alcançado através de um processo de aprendizagem “por tentativa e erro”.

O apoio a dar às famílias que integram dependentes no autocuidado requer dos serviços de saúde o conhecimento sobre o fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar e, especialmente, que o planeamento da preparação das famílias para tomar conta de familiares com dependência no autocuidado seja assumido pelos enfermeiros como uma prática profissionalizada no sentido de favorecer-se uma transição

situacional saudável e, igualmente, melhorar a condição de saúde e promover a autonomia dos dependentes no autocuidado.

Palavras-chave: dependência no autocuidado; membro de família prestador de cuidados; transição.

ABSTRACT

The investigation being presented falls within the domain of dependence on self-care and the transition of a family caregiver, with the purpose of: increasing knowledge on the phenomenon of dependency on self-care, in the family context, in order to project trends on the needs of dependents on self-care and their families, nursing care models and the utilisation of resources.

Two studies were conducted. The first was a population-based exploratory study, focusing on the characterisation of families dependent on self-care in the Maia municipality. A random stratified sample was used, in which between the months of February and April of 2011, 1 491 families of the geographical subsection were contacted. For data collection purposes the questionnaire "Families that integrate dependents on self-care" was utilised.

The second study was qualitative in nature. Ten semi-structured interviews with family members that were care providers and integrated in the first study were carried out. These were referenced as key informants, in the sense that they understood how family members that were care providers experienced the transition to this role, as well as being able to identify the factors that interfered with the transition.

It was established that the proportion of conventional families in the Maia municipality that integrated a person dependent on self-care was 8.38%. Two types of case profiles, dependent on self-care, were identified: the case of families that integrated dependants who were "bed ridden" and the case of families that integrated dependants that were not "bed ridden". With regards to the transition of the family member becoming a care provider, it was verified that the said was unprepared to exercise this role, and the development of skills were achieved through a learning process "of trial and error."

The support to be given to families that integrate dependants on self-care requires health services to impart knowledge about the phenomenon of dependency on self-care in the family context, in particular, families that are planning to take care of family members that are dependent on self-care be regarded by nurses, as a professional practice in order to promote a healthy transition and equally improve the health situation and promote autonomy of the self-care dependants.

Keywords: dependence on self-care; family caregiver; transition.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Atividade de Vida Diária

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. – Citado

DF – Dependente Familiar

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

INE – Instituto Nacional de Estatística

NOC – Nursing Outcomes Classification

MFPC – Membro de Família Prestador de Cuidados

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PAE – Perceção da Autoeficácia

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UP – Úlcera de Pressão

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO	21
1.1 Problemática e Conceitos Centrais	21
1.1.1 Teoria do Défice de Autocuidado de Orem.....	22
1.1.2 Teoria de Médio Alcance das Transições	27
1.1.3 A Transição para Membro de Família Prestador de Cuidados	32
1.1.4 A Transição da Pessoa Associada à Dependência no Autocuidado.....	35
1.2 Justificação do Estudo.....	37
1.3 Finalidade do Estudo.....	39
1.4 Visão Geral do Estudo.....	39
1.5 Visão Geral do Relatório de Investigação	39
 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	 41
2.1 Desenho da Investigação	41
2.2 Primeiro Estudo	42
2.2.1 Objetivos.....	42
2.2.2 Tipo de Estudo.....	43
2.2.3 População e Amostra.....	43
2.2.4 Procedimento de Recolha de Dados.....	46
2.2.4.1 Formulário: Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado	47
2.2.4.2 Fidelidade e Validade do Instrumento de Recolha de Dados	49
2.2.5 Variáveis	60
2.2.6 Procedimento de Análise de Dados	60
2.3 Segundo Estudo	61
2.3.1 Questões de Investigação.....	61
2.3.2 Participantes	62
2.3.2.1 Caracterização Sociodemográfica dos Membros de Família Prestadores de Cuidados.....	62
2.3.3 Procedimento de Recolha de Dados.....	63
2.3.4 Procedimento de Análise de Dados	64
2.4 Aspetos Éticos.....	64

3. FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO NO CONCELHO DA MAIA.....	67
3.1 Proporção de Famílias Clássicas que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado.....	68
3.2 Caracterização Sociodemográfica das Famílias Clássicas que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado.....	70
3.2.1 Tipo, Rendimento e Número de Elementos dos Agregados Familiares	71
3.2.2 Alojamento.....	72
3.2.3 Caracterização Sociodemográfica das Pessoas Dependentes no Autocuidado	73
3.2.4 Caracterização Sociodemográfica dos Membros de Família Prestadores de Cuidados	75
3.3 Caracterização da Dependência no Autocuidado	78
3.4 Condição de Saúde da Pessoa Dependente no Autocuidado	83
3.5 Perceção da Autoeficácia do Membro de Família Prestador de Cuidados para Tomar Conta.....	85
3.6 Cuidados Prestados pelo Membro de Família Prestador de Cuidados	90
3.6.1 Intensidade dos Cuidados Prestados pelo Membro de Família Prestador de Cuidados ao Dependente Familiar.....	91
3.6.2 Cuidados de Incentivo à Autonomia do Dependente Familiar	96
3.6.3 Decisão sobre os Cuidados Prestados ao Dependente Familiar.....	98
3.6.4 Local onde são Prestados os Cuidados	99
3.7 Recursos Utilizados	99
3.7.1 Recursos - Equipamentos.....	100
3.8 Caracterização dos Clusters em Função da Dependência no Autocuidado	105
 4. TOMAR CONTA: A EXPERIÊNCIA DOS MEMBROS DE FAMÍLIA PRESTADORES DE CUIDADOS DE PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO	 113
4.1 Envolvimento e Consciencialização do Membro de Família Prestador de Cuidados.....	114
4.2 Mudança na Vida do Membro de Família Prestador de Cuidados.....	116
4.3 Condições Pessoais Facilitadoras da Transição do Membro de Família Prestador de Cuidados	119
4.4 Condições da Comunidade Facilitadoras da Transição do Membro de Família Prestador de Cuidados	121

4.5 Dificuldades Experienciadas pelo Membro de Família Prestador de Cuidados	124
4.6 Percepção da Autoeficácia e Desenvolvimento de Competências do Membro de Família Prestador de Cuidados.....	129
4.7 Terapêuticas de Enfermagem	135
4.8 O Caminho Percorrido pelos Membro de Família Prestador de Cuidados – Síntese dos Principais Resultados.....	136
5. CONCLUSÕES	141
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153
ANEXOS	167

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição dos agregados familiares da Maia por freguesias	44
TABELA 2: Distribuição da população, cálculo da amostragem e amostra do estudo por freguesia.....	45
TABELA 3: Alfa de Cronbach das sub-escalas de avaliação da dependência no autocuidado	49
TABELA 4: Alfa de Cronbach por subescala de avaliação da perceção de autoeficácia do MFPC relativa ao exercício do papel	50
TABELA 5: Operacionalização das variáveis de atributo relativas à caracterização da família que integra uma pessoa dependente no autocuidado	51
TABELA 6: Operacionalização das variáveis de atributo relativas à caracterização do alojamento da família que integra uma pessoa dependente no autocuidado	51
TABELA 7: Operacionalização das variáveis de atributo relativas à caracterização da pessoa dependente no autocuidado	52
TABELA 8: Operacionalização das variáveis de atributo relativas à caracterização do membro de família prestador de cuidados	53
TABELA 9: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização do nível de dependência no autocuidado	54
TABELA 10: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da perceção da PAE do MFPC no exercício do papel, por cada domínio de autocuidado	55
TABELA 11: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da PAE do MFPC no exercício do papel, por processos de cuidar definidos por Schumacher et al., 2000	56
TABELA 12: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da intensidade dos cuidados prestados ao familiar pelo MFPC, por domínio do autocuidado	58
TABELA 13: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da intensidade dos cuidados prestados ao familiar pelo MFPC, no domínio do autocuidado Vestir-se e despir-se.....	58
TABELA 14: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização do incentivo para os cuidados do MFPC, por domínio do autocuidado	58
TABELA 15: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da condição de saúde da pessoa dependente.....	59
TABELA 16: Caracterização Sociodemográfica dos MFPC	63
TABELA 17: Proporção de famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado por freguesia.....	68

TABELA 18: Caracterização das famílias clássicas: tipo, rendimentos e número de elementos.....	71
TABELA 19: Caracterização das famílias clássicas: alojamento	73
TABELA 20: Caracterização sociodemográfica dos dependentes	74
TABELA 21: Caracterização sociodemográfica dos MFPC	77
TABELA 22: Níveis globais de dependência em cada um dos tipos de autocuidado.....	79
TABELA 23: Nível global e agregado de dependência	81
TABELA 24: Nível global de dependência por domínio de autocuidado e por concelho ..	83
TABELA 25: Caracterização da PAE global do MFPC por domínio de autocuidado.....	87
TABELA 26: Caracterização da PAE global do MFPC por processos de cuidar de Shumacher.....	87
TABELA 27: Caracterização da PAE global do MFPC.....	88
TABELA 28: Frequência dos cuidados diários prestados pelo MFPC ao DF.....	92
TABELA 29: Frequência dos cuidados semanais prestados pelo MFPC ao DF	93
TABELA 30: Frequência dos cuidados mensais prestados pelo MFPC ao DF	95
TABELA 31: Intensidade das atividades complementares prestadas pelo MFPC ao DF .	96
TABELA 32: Frequência das atividades de incentivo à autonomia do DF.....	97
TABELA 33: Distribuição das atividades por quem decide a sua concretização	98
TABELA 34: Associação entre os perfis 1 e 2 e a dependência para Levantar-se ou Posicionar-se ou Transferir-se.....	110
TABELA 35: Associação entre os perfis 1 e 2 e inspeciona e massaja as zonas de proeminências ósseas, inspeciona o períneo, posiciona e transfere	111

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Teoria de Médio Alcance das Transições (adaptado de Meleis et al., 2000, p. 56)	32
FIGURA 2: Procedimento de contacto	47
FIGURA 3: Organização dos cuidados de saúde primários no concelho da Maia	69
FIGURA 4: Distribuição das freguesias com a proporção de famílias que integram dependentes no autocuidado, por ECCI	70
FIGURA 5: Transição para tomar conta: envolvimento e consciencialização da situação de dependência no autocuidado do DF	115
FIGURA 6: Tomar conta: a percepção da mudança e diferença no dia-a-dia do MFPC...	119
FIGURA 7: Tomar conta: condições pessoais facilitadoras da transição.....	121
FIGURA 8: Tomar conta: condições da comunidade facilitadoras da transição	123
FIGURA 9: Tomar Conta: Percepção de dificuldades do MFPC na transição hospital/casa.....	126
FIGURA 10: Tomar Conta de DF com instalação progressiva de dependência no autocuidado: percepção de dificuldades do MFPC	128
FIGURA 11: Tomar conta: PAE e desenvolvimento de competências/processos de cuidar.....	135
FIGURA 12: Tomar conta: processo de transição do MFPC	139

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Percentagem de pessoas com necessidade de ajuda de pessoas, parcial ou total, por tipo de autocuidado	80
GRÁFICO 2: Distribuição das médias de scores por domínio de autocuidado	82
GRÁFICO 3: Nível global e agregado de dependência de autocuidado por concelho	82
GRÁFICO 4: Percentagem de pessoas dependentes no autocuidado com sinais aparentes de alteração/défice na condição de saúde	84
GRÁFICO 5: PAE do MFPC por domínio de autocuidado e por processos de cuidar em função do nível médio de PAE global do MFPC	89
GRÁFICO 6: Intensidade dos cuidados diários prestados pelo MFPC ao DF	93
GRÁFICO 7: Intensidade dos cuidados semanais prestados pelo MFPC ao DF	94
GRÁFICO 8: Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários por domínios do autocuidado, face à taxa global	102
GRÁFICO 9: Razões para a não utilização de equipamentos considerados necessários	103
GRÁFICO 10: Recursos económicos, institucionais e profissionais utilizados por mais de 10% das famílias que integram dependentes no autocuidado	104
GRÁFICO 11: Qualidade da estrutura do modelo cluster	106
GRÁFICO 12: Distribuição das dimensões pela importância do modelo	107
GRÁFICO 13: Distribuição global das dimensões por cluster	108
GRÁFICO 14: Comparação dos clusters em relação às variáveis	109

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declara os cuidados de enfermagem como os pilares fundamentais da assistência na saúde (Benjumea, 2009). Nesta perspectiva, a investigação em enfermagem deve concorrer para conhecer as necessidades em cuidados de enfermagem e para aumentar o conhecimento sobre o objeto de estudo da disciplina. Como indica Meleis (2005), a investigação em enfermagem deve desenvolver-se para produzir conhecimento sobre a caracterização dos clientes e os cuidados necessários, o modo como melhorar o bem-estar dos clientes, as formas de os capacitar a cuidar de si próprios e dos seus familiares através da utilização dos recursos disponíveis e da criação de novos recursos.

Com este entendimento, e tendo presente a evolução das necessidades em cuidados de saúde, o estudo que se apresenta teve como foco a dependência no autocuidado em contexto familiar no concelho da Maia. Com a sua realização pretendeu-se contribuir para a caracterização do fenómeno e pôr a descoberto as necessidades em cuidados de enfermagem das pessoas dependentes no autocuidado e dos membros de família prestadores de cuidados (MFPC).

1.1 Problemática e Conceitos Centrais

O estudo teve por foco os conceitos centrais “autocuidado” e “transições” desenvolvidos na teoria de enfermagem do défice de autocuidado de Orem (1993) e na teoria de enfermagem das transições de Meleis (2005), pois considera-se que a investigação guiada por teorias de enfermagem conduz à análise dos problemas significantes da enfermagem e potencia o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem (Meleis, 2005). Assim, neste capítulo, são abordados os constructos teóricos destas duas teorias de enfermagem.

Desde sempre o conceito de autocuidado tem sido central para a enfermagem. Já Florence Nightingale (1992) assinalava que a atenção da enfermeira devia fixar-se em regras para uma boa assistência ao indivíduo, como o arejamento, a alimentação, as roupas, a higiene pessoal, o aconselhamento. Atualmente, o autocuidado mantém-se

central na intervenção clínica dos enfermeiros, procurando a manutenção da saúde e do bem-estar das pessoas e o desenvolvimento do potencial para a saúde dos indivíduos bem como reporta um resultado dos cuidados de enfermagem. Para manter a vida, a saúde e o seu próprio desenvolvimento a pessoa tem que autocuidar-se, e quando não é capaz de fazê-lo, por si só, tem necessidade da ajuda de outros para realizar as atividades do autocuidado (Orem, 2001).

1.1.1 Teoria do Défice de Autocuidado de Orem

A relação estabelecida entre enfermagem e autocuidado foi feita, de uma forma clara, pela primeira vez por Orem em 1956, sendo a teoria de enfermagem do défice de autocuidado formalmente validada em 1967 pelo Nursing Development Conference Group, e publicada em 1971 (Orem, 2001). A partir daí, internacionalmente, tem sido uma das teorias mais discutidas e utilizadas em enfermagem: na construção de currículos académicos de muitas escolas de enfermagem, nas organizações de saúde através da ação profissional dos enfermeiros e em muitos trabalhos de investigação (Sidani, 2003).

No desenvolvimento da teoria de enfermagem do défice de autocuidado, Orem pretende dar resposta a três questões que ela própria coloca:

- O que é que as enfermeiras fazem?
- Porque é que fazem o que fazem?
- Quais os resultados dos seus cuidados? (Orem, 1993)

Como resultado desta preocupação, aprofunda os componentes conceptuais das três teorias integrantes da teoria de enfermagem do défice de autocuidado: a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 2001). Nesta teoria são explicitados conceitos centrais e interrelacionados como autocuidado (self-care), agente de autocuidado (self-care agent), agente dependente de cuidados (dependente care agente), défice de autocuidado (self-care deficit), sistemas de enfermagem (nursing system), ação do autocuidado (self-care agency), comportamentos de autocuidado (self-care behaviors), fatores condicionantes básicos (basic conditioning factors), necessidade terapêutica de autocuidado (therapeutic self-care demand) e requisitos de autocuidado (self-care requisites).

A teoria do autocuidado é sustentada no pressuposto que a pessoa tem capacidade para o cuidado de si própria e que desempenha atividades e comportamentos para manter-se saudável e para o desenvolvimento pessoal e de bem-

estar. Considera, também, que o autocuidado é aprendido através da experiência, educação, cultura, conhecimento científico, crescimento e desenvolvimento (Orem, 2001).

O autocuidado é “uma função humana reguladora. Difere de outras funções reguladoras como, por exemplo, a regulação neuro-endócrina. O autocuidado é uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida (ar, água, alimentos) para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana. Também são ações realizadas ou direcionadas para manter as condições internas ou externas necessárias para manter e promover a saúde, bem como, o desenvolvimento e crescimento. Também são ações com o foco na prevenção, alívio, cura ou controlo de condições humanas indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar. Isto inclui, quando indicado, procurar e participar na assistência clínica nas várias modalidades, como a enfermagem e outras formas de cuidados de saúde” (Orem, 2001, p.45).

Orem baseou-se na premissa que a pessoa pode cuidar de si própria, ou seja, é agente de autocuidado; o autocuidado é o cuidado pessoal requerido diariamente para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento, é uma atividade que o indivíduo faz em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Tomey & Alligood, 2007).

Ao analisar-se o conteúdo do conceito de autocuidado, poder-se-á verificar que estão implícitos outros conceitos centrais da teoria do autocuidado. É o caso do conceito “self-care agency” que é descrito como a ação de autocuidado ou ação intencional em que a pessoa tem aptidão para fazer escolhas para a prática da ação do autocuidado, isto é, como cuidar do eu: “é a capacidade adquirida, complexa, para atender às exigências de continuar a cuidar de si próprio, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como, do seu desenvolvimento e promoção do bem-estar” (Orem, 2001, p.254). As ações que as pessoas tomam com uma intencionalidade são baseadas no seu julgamento do que é apropriado, tendo por base as condições e as circunstâncias existentes. Um dos aspetos que deve ser considerado, é que o comportamento para o autocuidado é influenciado diretamente pela capacidade e pela vontade em empenhar-se que a pessoa demonstra na realização das atividades de autocuidado (Sidani, 2003).

A capacidade da pessoa para autocuidar-se pode estar limitada por fatores condicionantes básicos, outro dos conceitos identificados por Orem, que se referem à idade, ao sexo, ao estágio de desenvolvimento, à condição de saúde, aos aspetos relacionados com o sistema de cuidados de saúde, ao estado sociocultural, ao padrão de vida, aos aspetos relativos à família, aos fatores ambientais, à disponibilidade e adequação de recursos. Assim, a ação do autocuidado “(...) desenvolve-se no dia-a-dia através do processo espontâneo da aprendizagem. O seu desenvolvimento é ajudado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros e por experiências na realização de medidas de autocuidado” (Orem, 2001, p.255).

A ação do autocuidado é, também, condicionada por vários domínios: o domínio cognitivo que se prende com o conhecimento das condições de saúde e com a capacidade de tomada de decisão; o domínio físico referente à capacidade física de realizar as ações de autocuidado; o domínio comportamental que integra as habilidades necessárias para executar os comportamentos de autocuidado e o domínio emocional que diz respeito aos valores, atitudes, motivação e competência visível para a execução das ações de autocuidado.

O comportamento de autocuidado (self-care behavior) é, também, outro dos conceitos que Orem define, enquanto atividade que a pessoa desempenha no seu próprio interesse em manter-se saudável, de desenvolvimento pessoal e de bem-estar (Orem, 2001). É uma ação que tem um padrão e uma sequência e, quando realizada efetivamente, contribui de maneira específica para a integridade estrutural, de desenvolvimento e funcionamento humano.

O conceito de requisitos de autocuidado designa as condições que orientam a escolha e a realização de ações de regulação do cuidado e o propósito de cuidar do eu, abrangendo três categorias: os requisitos universais de autocuidado, os requisitos de autocuidado de desenvolvimento e os requisitos de autocuidado no desvio da saúde (Orem, 2001). Os requisitos de autocuidado universais são comuns a todas as pessoas ao longo do processo da vida: respirar, beber, comer, eliminar, equilíbrio entre repouso e atividade, prevenção de perigos, promoção do funcionamento e desenvolvimento da interação com grupos sociais. Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento estão associados aos processos de desenvolvimento humano e às etapas do ciclo de vida que requerem a reflexão e a introspeção do eu, promoção da saúde mental positiva e o empenhamento no trabalho. Os requisitos de autocuidado no desvio da saúde prendem-se com os processos patológicos, de doença ou de lesão, podendo ser subsequentes a intervenções médicas e de diagnóstico, que leva a uma procura de cuidados de saúde necessários, participação no tratamento e vivência da doença (Orem, 2001).

A teoria do déficit de autocuidado reconhece que as necessidades em autocuidado que a pessoa requer são superiores à sua capacidade para autocuidar-se. A pessoa não está apta para satisfazer o seu autocuidado e apresenta déficit de autocuidado, que Orem define como sendo a relação entre a capacidade que a pessoa tem para realizar o autocuidado e a exigência que se coloca para a execução do mesmo (Orem, 2001). No entanto, Orem perspetiva na teoria do déficit de autocuidado que, não só a pessoa tem limitações que a torna completa ou parcialmente incapaz de reconhecer os requisitos necessários para o seu autocuidado, como igualmente, o mesmo pode acontecer para os cuidados das pessoas que dependem dela; e que a comunidade pode oferecer serviços para ajudar as pessoas que estão dependentes (Orem, 1985 cit in Meleis, 2005).

Pode considerar-se vários tipos de limitações do autocuidado: as limitações do conhecimento sobre a necessidade de autocuidado, por exemplo, no caso de alteração do padrão do autocuidado por prescrição; as limitações para tomar decisões como na situação em que a pessoa tem falta de informação; as limitações para a realização de ações para obtenção de resultados, sendo neste caso, a incapacidade para controlar os movimentos corporais ou a falta de recursos para a realização do autocuidado.

A teoria do déficit de autocuidado incorpora a asserção da necessidade de cuidados de enfermagem face à incapacidade da pessoa em satisfazer os seus requisitos de autocuidado. E, de acordo com a identificação das necessidades em autocuidado da pessoa, a ajuda profissional dos enfermeiros poderá assumir-se como: fazer por; orientar; ensinar; proporcionar apoio físico e psicológico e providenciar recursos no sentido de manter um meio propício ao desenvolvimento pessoal (Orem, 2001). Nesta perspetiva o enfermeiro é o agente terapêutico e desenvolve as seguintes atividades: iniciar e manter a relação com a pessoa, família ou grupo até que a pessoa não necessite de cuidados de enfermagem; determinar como e se a pessoa pode ser ajudada através dos cuidados de enfermagem; responder às necessidades da pessoa relativamente ao contacto e à assistência do enfermeiro; prescrever e proporcionar ajuda direta à pessoa e pessoas significativas; coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária da pessoa e/ou outra assistência de saúde necessária (Tomey & Alligood, 2007).

A teoria dos sistemas de enfermagem reporta-se às ações realizadas pelos enfermeiros no sentido de colmatar as limitações no desempenho do autocuidado, podendo ser dirigidas à pessoa, a grupos e famílias que têm a cargo os seus membros com necessidades terapêuticas de autocuidado (Orem, 2001). A teoria dos sistemas de enfermagem inclui: Sistema totalmente compensatório – quando os enfermeiros realizam todos os cuidados terapêuticos da pessoa; parcialmente compensatório – os enfermeiros

realizam alguns cuidados terapêuticos com o objetivo de compensar algumas limitações da pessoa para autocuidar-se; sistema de apoio-educação – a pessoa tem capacidade para autocuidar-se, mas requer apoio, orientações e instrução dos enfermeiros para a realização de atividades de autocuidado.

A teoria do déficit de autocuidado de Orem tem vindo a ser utilizada como referência no desenvolvimento da pesquisa científica em enfermagem. Em 1999, Backman e Hentinen publicam resultados da investigação realizada com pessoas idosas a viver em casa, apontando para a existência de fatores externos e internos que influenciam o desempenho do autocuidado. Enumeram como fatores externos as condições da habitação e o suporte social e como fatores internos, o estado de saúde e de independência funcional, a visão e a atitude relativamente à saúde. Destacam que os comportamentos de autocuidado estão relacionados com as experiências pessoais anteriormente vividas e, que o nível de auto estima e de satisfação com a vida que as pessoas percecionam, tem influência sobre a perceção de autoeficácia demonstrada no desempenho do autocuidado (Backman e Hentinen, 2001). Sistematizam quatro tipos de autocuidado: autocuidado responsável, autocuidado formalmente guiado, autocuidado independente e autocuidado abandonado (Backman e Hentinen, 1999):

- autocuidado responsável implica o cuidado ativo e responsável em colaboração com os profissionais de saúde (Backman e Hentinen, 2001). Os idosos que adotam este tipo de autocuidado interessam-se pelas causas dos sintomas que manifestam e pelas alternativas terapêuticas, apresentam uma perspetiva positiva em relação ao futuro e encaram a velhice como uma fase natural do ciclo vital; a experiência do processo de envelhecimento representa a vontade de continuar a viver como um agente ativo;

- autocuidado formalmente guiado é caracterizado por um comportamento passivo e acrítico relativamente às orientações dos profissionais de saúde; o envelhecimento é aceite como um processo a que não se pode fugir e não é demonstrado um comportamento de adesão a situações que possam retardar o processo de envelhecimento. Este tipo de autocuidado está relacionado com experiências de vida anteriores, às quais é atribuído um significado negativo, pelo facto do vivido não ter ido de encontro às suas expectativas, negligenciando até as suas próprias necessidades;

- autocuidado independente é caracterizado pela não aceitação do próprio processo de envelhecimento, enfatizando a vivência do presente de forma autónoma e independente. Em situação de doença, os idosos procuram primeiro encontrar uma forma de cuidarem de si próprios, sem recorrer aos profissionais de saúde e, por vezes, recusam algumas terapêuticas e/ou intervenções;

- autocuidado abandonado é caracterizado pela incapacidade e falta de responsabilidade das pessoas para cuidarem de si próprias (Backman & Hentinen, 1999; 2001). Neste tipo de comportamento, nota-se nos idosos tristeza, solidão, baixa autoestima, vulnerabilidade e uma atitude negativa para com o envelhecimento. Não cuidam de si próprios e sentem-se incapazes de viver numa condição em que as limitações orgânicas e funcionais surgem gradualmente. Não se sentem satisfeitos com o seu percurso de vida, nunca se sentiram respeitados nem valorizados profissionalmente e a sua vontade é de desistir, pois consideram que o futuro é assustador.

Outros estudos, neste domínio, classificaram em cinco categorias os fatores que poderão interferir com a capacidade e/ou a vontade da pessoa para realizar as atividades do autocuidado: cognitivo - memória, capacidade de aprendizagem, de resolução de problemas, de organização e conhecimento, bem como a percepção de que a ação/comportamento ou tratamento a realizar é eficaz; psicossociais - autoestima, perfil de personalidade, motivação, percepção de autoeficácia e autodisciplina; físicos - nível de atividade ou de movimento, destreza, a capacidade psicomotora, condição de saúde e lesões; socioculturais - sistema familiar, crenças, valores e práticas de saúde, recursos disponíveis e apoio social; demográficos - idade ou maturidade, sexo, educação, estatuto socioeconómico e tipo de alojamento (Sidani, 2003).

1.1.2 Teoria de Médio Alcance das Transições

Chick & Meleis (1986) definem transição como a passagem de uma fase da vida, condição ou status para uma outra, podendo envolver mais do que uma pessoa num determinado contexto ou situação. A transição processa-se numa sequência de três fases: entrada, passagem e saída, e significa mudança na condição de saúde de uma pessoa, na alteração do desempenho de papéis, nas expectativas de vida e nas habilidades, provocando, ao longo de um período de tempo, um conjunto de padrões de resposta (Meleis & Trangenstein, 1994).

A transição envolve uma passagem de um ponto para o outro, uma transformação, em que a pessoa aprende a incorporar e adaptar-se às novas circunstâncias na sua vida, sendo um processo em que o sofrimento pode ser reduzido ou aliviado (Meleis et al., 2000).

Meleis e Trangenstein (1994) referem que o foco central da enfermagem é facilitar as transições que as pessoas, famílias e comunidade vivem; a enfermagem está interessada no processo e nas experiências humanas das transições que as pessoas

experienciam no sentido de que a saúde e o bem-estar sejam encontrados (Meleis & Trangenstein, 1994). É uma área importante para a enfermagem, pois as pessoas a viverem transições tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afetar a sua saúde e bem-estar, visto que as transições exigem que uma pessoa tenha que integrar novos conhecimentos, alterar comportamentos e, concomitantemente, redefinir a sua identidade no novo contexto social (Meleis et al., 2000). A transição é, assim, identificada como um conceito central da enfermagem, vindo a mostrar-se de grande utilidade na compreensão do impacto de uma vasta gama de mudanças na vida das pessoas (Schumacher & Meleis, 1994).

Importa identificar a ação dos enfermeiros no que reporta à ajuda profissional às pessoas que estão num processo de transição, de maneira que vivam a transição de uma forma saudável, em que é importante entender as condições e as propriedades inerentes ao processo singular que cada pessoa vive, a fim de que as intervenções terapêuticas de enfermagem que se desenvolvem, estejam adequadas às suas experiências para promover uma resposta saudável à transição (Meleis et al., 2000).

A teoria de médio alcance das transições de Meleis foi desenvolvida a partir de vários estudos realizados por enfermeiras, tendo sido apresentada em 2000 por Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher. A teoria das transições considera três domínios centrais: a natureza das transições, as condições da transição e os padrões de resposta, fornecendo uma estrutura útil para analisar os fatores que podem facilitar ou inibir uma transição bem-sucedida para um estado “saudável” (Meleis et al., 2000).

No que se refere à natureza, observa-se o tipo, o padrão e as propriedades das transições (Meleis et al., 2010). Quanto ao tipo, as transições podem ser de desenvolvimento, quando estão relacionadas com o desenvolvimento individual ou familiar que ocorre durante o ciclo de vida como, por exemplo, o envelhecimento; as transições situacionais referem-se a situações em que as pessoas têm que definir ou ajustar-se a um novo papel, como é o caso da assunção do papel de membro de família prestador de cuidados; as transições de saúde doença observam-se quando as pessoas estão a viver um processo de doença, de agravamento da condição de saúde; e as transições organizacionais acontecem quando se dão mudanças na área social, contexto político ou económico (Meleis et al., 2010).

As transições, relativamente, aos padrões podem ser únicas ou múltiplas, complexas e simultâneas ou sequenciais e estar ou não relacionadas. Isto significa que uma pessoa pode estar a viver simultaneamente dois tipos de transição, como estar a

experienciar o processo de envelhecimento e o de passar a membro de família prestador de cuidados (Bridges, 2004).

As propriedades das transições incluem a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, o período de tempo e os eventos críticos. A consciencialização é uma propriedade fulcral no processo de transição, pois tem a ver com o reconhecimento e a percepção da pessoa sobre o que está a acontecer na sua vida. O nível de consciencialização determina o nível de envolvimento da pessoa podendo afirmar-se que a ausência de consciencialização é revelador da pessoa não estar a viver a transição (Meleis et al., 2010). Quando a pessoa reconhece a mudança e a diferença que estão a ocorrer na sua vida, leva ao envolvimento, ou seja, a uma participação ativa, refletindo-se em ações como a procura de informação, de recursos, de apoio, acabando por identificar novas formas de viver que lhe façam sentido (Meleis et al., 2010). A pessoa ao reconhecer que se produziram alterações na sua vida, permite-lhe perceber o que está a acontecer e procurar uma nova forma de reorganizar a sua vida.

O período de tempo é fundamental na transição. Isto quer dizer que, para fazer-se a transição torna-se indispensável a passagem do tempo. A pessoa requer tempo para adaptar-se a uma nova situação, para reconhecer que existem alterações na sua vida e abandonar o que eram antigas rotinas e ajustar-se a uma nova situação da sua vida até encontrar um ponto de equilíbrio (Bridges, 2004).

Os eventos críticos estão relacionados com momentos como por exemplo o diagnóstico de uma doença. No entanto, nem sempre os eventos críticos estão associados de uma forma tão clara às transições. É importante considerar os eventos e pontos críticos no decorrer da transição, pois poderão interferir com a consciencialização e o envolvimento. É fundamental que a sua identificação seja realizada pelos enfermeiros, pois podem revelar como a pessoa está a experienciar a transição, concretamente, no que diz respeito à percepção da mudança, da necessidade de informação e da forma como está a consciencializar-se (Meleis et al., 2010).

No domínio das condições de transição pessoais elas podem ser facilitadoras ou inibidoras da transição e compreendem os significados atribuídos, a atitude e a crença cultural, o estatuto socioeconómico e o nível de preparação e conhecimento. Os significados atribuídos constituem-se como a forma como a pessoa percebe e interpreta o que a rodeia, decorrente das experiências que viveu, determinando o que para ela é importante quer para si quer para os outros; a atitude é a disposição que a pessoa detém perante as situações, suportada na opinião formada sobre as mesmas e que advém das suas experiências; a crença cultural é resultante da educação, dos

valores, correspondendo a convicções (Meleis et al., 2000). O estatuto socioeconómico integra a instrução, o rendimento económico e a ocupação profissional (Cardoso, 2006); no caso de a pessoa possuir um estatuto socioeconómico baixo poderá fazer antever maior vulnerabilidade no acesso a recursos, e ser uma condição inibidora da transição; a preparação e conhecimento refere-se às habilidades e experiências anteriores que, no caso de a pessoa as possuir, poder-se-ão constituir como uma condição facilitadora de uma transição saudável.

As condições da comunidade revelam-se como facilitadores ou inibidoras de uma transição saudável (Meleis et al., 2000). A informação disponibilizada em fontes credíveis, o apoio familiar, o suporte de instituições tornam-se fatores facilitadores do processo de transição; caso estas condições não se verifiquem o processo para uma transição saudável estará dificultado.

Os padrões de resposta incluem os indicadores de processo e de resultado (Meleis et al., 2010).

Os indicadores de processo permitem avaliar como é que a pessoa está a responder ao processo de transição; assim, sentir-se ligado, interagir, estar situado, e desenvolver confiança e coping revelam que a pessoa está a experienciar a transição de um modo positivo (Meleis et al., 2010).

A pessoa ao sentir-se ligada procura estabelecer uma interação com os outros na procura de apoio e informações o que favorece o seu bem – estar; interagir numa situação em que ocorre uma transição coloca muitas das vezes uma necessidade de reestruturar a interação, como por exemplo, perante uma situação de défice de autocuidado; estar situado indica que a pessoa percebe a mudança e a diferença na sua vida, confronta-se com as alterações que daí resultaram, enfrentando essa nova realidade; ao desenvolver confiança e coping a pessoa reflete na sua nova condição de vida e está capaz de tomar decisões e arranjar estratégias para reorganizar o seu modo de vida (Meleis et al., 2010).

Os indicadores de resultado, a mestria e a integração fluida, demonstram como a pessoa incorporou uma nova maneira de viver, reorganizando a sua vida perante as alterações decorrentes do processo de transição. A aquisição de mestria corresponde à aquisição de um conjunto de competências que dão resposta eficaz às exigências do novo papel que a pessoa passou a ter; a integração fluida está associada a um estado de completo bem – estar que a pessoa atingiu após a transição, ao ter integrado novos comportamentos e experiências que a levam a incorporar uma nova identidade (Chick & Melies, 1986, Meleis et al., 2000).

As terapêuticas de enfermagem são nomeadas como todas as ações realizadas de forma intencional para cuidar dos clientes e que agregam o conteúdo das intervenções e os objetivos da enfermagem. As terapêuticas de enfermagem desenvolvem-se em torno de três eixos direcionadas para a promoção, para a prevenção e para a intervenção e de acordo com o desempenho de papéis (Meleis, 2007).

O desempenho do papel, tido como a forma como a pessoa atua face a uma determinada circunstância, vai sendo construído a partir das interpretações e das interações com os outros, não estando, por isso, pré-determinado; por essa razão torna-se importante que, para a aquisição de um novo papel, se observe e treine com os outros os modelos que existem (Meleis, 2010).

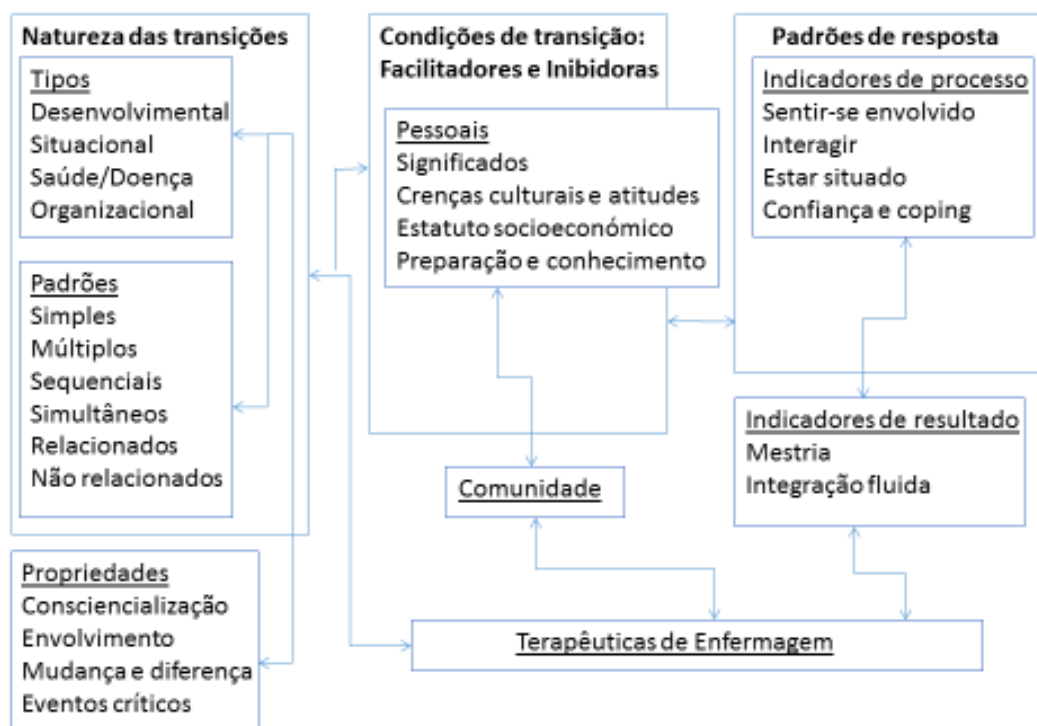
O *role insufficiency* traduz-se pela percepção que o cliente tem de não ser adequado o seu desempenho relativamente a si ou a outros e que se faz acompanhar por sentimentos e comportamentos de acordo com essa percepção; pode ser resultado de falta de conhecimento sobre como desempenhar o novo papel, dos objetivos de vida e de sentimentos (Meleis, 2010).

É considerado como o elemento major das terapêuticas de enfermagem o *role supplementation* face às necessidades em cuidados, que resulta da insuficiência do desempenho papel real ou potencial (Meleis, 2010).

O *role supplementation* é preventivo quando tem o propósito de antecipar a transição fazendo a clarificação do desempenho do papel; por outro lado, é terapêutico, quando já é manifesto o *role insufficiency* (Meleis, 2010).

A teoria de médio alcance das transições tem-se mostrado determinante na identificação dos fenómenos específicos de enfermagem e na definição e desenvolvimento das terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2010).

FIGURA 1: Teoria de Médio Alcance das Transições (adaptado de Meleis et al., 2000, p. 56)



1.1.3 A Transição para Membro de Família Prestador de Cuidados

A integração na família de um dependente no autocuidado vai produzir mudanças na dinâmica da vida do agregado familiar (Van Houtven et al., 2011), assistindo-se de uma maneira geral, que um dos seus membros assuma o papel de prestador de cuidados (Gibson et al., 2012).

Passar a ser MFPC resulta de uma transição que ocorre na família, provocada por uma mudança na condição de saúde de um dos seus membros e em que o MFPC tem de providenciar, complementar ou assistir no autocuidado o seu familiar que, por doença, acidente ou envelhecimento ficou com défice no autocuidado. Este facto origina que, a partir desse momento, o familiar cuidador passa a viver uma transição situacional, traduzindo-se numa mudança, na passagem de uma condição de vida para outra, na alteração das rotinas do dia-a-dia, no desconhecimento das alterações que poderão ocorrer na sua vida e das respostas a dar (Meleis et al., 2000).

No processo de transição para MFPC são reconhecidas diferentes fases e, respetivamente, necessidades diversas de acordo com cada uma delas (Brereton & Nolan, 2000; Shyu, 2000; Rotondi et al., 2007; Cameron & Gignac, 2008).

Os resultados encontrados em vários estudos evidenciam a importância de compreender-se de que tipo são as necessidades dos familiares cuidadores no sentido do desenvolvimento das suas competências e de garantir a qualidade dos cuidados prestados aos dependentes familiares.

Brereton e Nolan (2000) referem que os MFPC mostram-se disponíveis para tomar conta, no entanto, não estão preparados para tal e que as suas necessidades não são compreendidas pela equipa de saúde. No seu estudo concluem que os MFPC passam por quatro fases na transição hospital para casa. A primeira, “What’s it about?” (o que é isto?), caracteriza-se por um período de incerteza e de confusão sobre a condição de saúde do seu familiar, logo após o episódio que gerou a dependência; os MFPC, nesta altura, necessitam ser esclarecidos sobre a situação clínica do familiar e das possíveis repercussões, a nível funcional, que o familiar poderá vir apresentar; “Going it alone” (fazer sozinho) corresponde à fase seguinte, em que os MFPC sentem não ter apoio da equipa de saúde para desenvolver as habilidades para prestar os cuidados, resultando que a prestação de cuidados ao dependente familiar (DF) seja feita por tentativa e erro; a terceira fase, “Up to the job” (mãos à obra) os MFPC querem sentir-se competentes nos cuidados, precisando que a equipa de saúde monitorize e lhes dê feedback sobre os cuidados que prestam ao DF. Por último, “What about me?” (e eu?) os MFPC requerem ter reconhecimento do seu próprio trabalho como prestadores de cuidados e, também, que a equipa de saúde atenda às suas próprias necessidades (Brereton & Nolan, 2000).

Shyu (2000) assinala que o processo de ajuste ao papel (role tuning) se faz entre o MFPC e a pessoa que recebe os cuidados no sentido de alcançar um ponto de equilíbrio entre as necessidades de cuidados, as desejadas pelo DF e o esperado pelo MFPC. No entanto, até atingir esse padrão estável, os MFPC experienciam diferentes fases na transição do hospital para casa, requerendo também diversas necessidades. Na primeira fase, denominada de envolvimento, as necessidades são de informação sobre a condição de saúde do familiar, monitorização de sintomas e sinais, prestação de cuidados diários e como intervir numa situação de emergência. Na segunda fase, a Negociação, os MFPC precisam de apoio da equipa de saúde para desenvolver a mestria face aos cuidados, concretamente na ajuda para a prestação dos cuidados e na adesão ao regime terapêutico da pessoa dependente; precisam, ainda, de apoio para aprender a lidar com as emoções e os conflitos que surgem entre a díade. Na terceira fase,

Resolução, as necessidades dos MFPC são de suporte emocional e de suporte para substituição temporária no papel (Shyu, 2000).

Cameron e Gignac (2008) identificam cinco fases na transição para MFPC. Na primeira fase, altura logo após o internamento do familiar, os MFPC pretendem ser informados sobre a situação clínica e desejam receber suporte emocional, “alguém com quem falar”; fase a que os autores conectam com a fase de What’s it about? descrita por Brereton e Nolan (2000). A estabilização é a fase que corresponde à situação clínica estável do familiar internado, e caracterizada pelas necessidades dos MFPC sobre a informação de possíveis défices cognitivos e funcionais do familiar, e de ensino sobre como assistir o DF nas atividades de vida diária; a terceira fase, preparação, é referente ao período que imediatamente antecede o regresso a casa, em que os MFPC requerem ter conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade e como os aceder, precisam de treino na realização das AVD ao DF e, face às incertezas quanto ao futuro, necessitam de apoio emocional e de suporte social. A implementação, quarta fase, está relacionada com o regresso a casa do DF. Os MFPC querem que a equipa de saúde os ajude na organização das tarefas do seu dia-a-dia; têm necessidade da supervisão dos cuidados que prestam e, às vezes, de instrução e treino dos cuidados agora adequados às novas condições. Na quinta fase, a adaptação, os MFPC estão confiantes nos cuidados que prestam; precisam, no entanto, de ter informação como lidar com situações de crise que possam colocar em risco a assistência ao DF, como por exemplo, no caso de eles próprios adoecerem; necessitam de partilhar as suas experiências com pessoas que tenham experiências semelhantes, ou seja, precisam de grupos de apoio e, continuam a desejar que a equipa de saúde mantenha o seu acompanhamento.

A preparação para tomar conta passa por o MFPC adquirir competências para prestar cuidados que sejam adequados e seguros, aprender a lidar com os aspetos emocionais que envolvem o cuidar, saber aceder a recursos e desenvolver estratégias para prevenir o stresse (Stewart et al., 1994; Given, Sherwood & Given, 2008).

Atualmente, devido ao envelhecimento da população e de mudanças nas políticas do sistema de saúde, são as famílias que prestam a maior parte dos cuidados a pessoas dependentes no autocuidado, verificando-se, igualmente, que esses cuidados requerem um nível de conhecimento e de habilidades considerável (Gibson et al., 2012). Além de ser a família a prestar quase a totalidade dos cuidados às pessoas dependentes que permanecem em casa, constata-se que o bem-estar dos familiares cuidadores está intimamente ligado com o bem-estar das pessoas dependentes (Montgomery, Rowe & Kolosky, 2007).

Por via destas razões, o conceito de competência de familiar cuidador é muito significativo para a enfermagem, com implicações quer na prática clínica quer na investigação da enfermagem (Schumacher et al., 2000).

As intervenções de enfermagem para o desenvolvimento das competências para tomar conta devem estar suportadas numa base teórica sólida, tornando-se fundamental gerar conhecimento formal neste domínio (Schumacher et al., 2000). Desta forma, no âmbito de um projeto de investigação alargado, Schumacher et al., (2000), numa primeira parte dessa pesquisa, identificaram sessenta e três indicadores de competência para tomar conta, categorizados em nove processos de cuidar: Monitorizar – processo em que o MFPC deteta mudanças na condição de saúde do DF; Interpretar – o MFPC reconhece alterações e procura explicações para as alterações e ajuíza a gravidade; Tomar decisões – processo de escolha de uma ação, em que o MFPC prioriza as necessidades do DF e antecipa consequências; Agir – organiza a agenda de cuidados do DF; Ajustar às necessidades – o MFPC faz alterações de acordo com as necessidades do DF; Prestar cuidados diretos – executa os cuidados com segurança ao DF; Aceder a recursos – processo de adquirir os recursos para a prestação dos cuidados; Trabalhar em parceria com o membro familiar dependente – o MFPC e o DF estão em comunhão com a forma como os cuidados devem ser prestados; Negociar com o sistema de saúde/equipa de saúde – o MFPC sabe como providenciar os cuidados necessários para o DF.

1.1.4 A Transição da Pessoa Associada à Dependência no Autocuidado

Como tem vindo a ser mencionado, o autocuidado é uma área de atenção importante para a prática de enfermagem. O seu conceito é referido na CIPE® como “uma atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (2011, p.41).

O autocuidado abrange as atividades que satisfazem as necessidades diárias, reconhecidas como AVD e que são aprendidas ao longo da vida. O autocuidado pode ser diferente de pessoa para pessoa, tornando-se essencial que a pessoa o realize adequadamente e se responsabilize por ele, de acordo com as suas capacidades cognitivas, comunicacionais e de mobilidade.

No momento em que se observa que a pessoa não consegue cumprir esse requisito, considera-se que está com dependência. A dependência é a situação em que se encontra a pessoa, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crônica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, que a inviabiliza de, por si só, realizar as AVD (Decreto-Lei nº. 101/2006, de 6 de Junho), próprias do autocuidado ou às atividades instrumentais.

A dependência no autocuidado, decorrente do envelhecimento e/ou de uma doença, origina a que a pessoa experiencie uma transição, pois deixa de ser autónoma para a efetivação das atividades básicas do autocuidado pessoal e passa a depender de outros para a satisfação do seu autocuidado (Meleis et al., 2010).

As alterações produzidas pela dependência no autocuidado conduzem a um processo complexo e multidimensional, não sendo fácil para a pessoa a vivência da transição. A circunstância de uma nova condição de saúde provoca, na pessoa, mudanças significativas levando à necessidade do desenvolvimento de competências adaptativas (Meleis et al., 2000; Silva, 2007), no sentido do alcance da reconstrução da autonomia.

É, neste âmbito, que é esperado que os enfermeiros ajudem a pessoa a viver uma transição saudável, capacitando-a para dar resposta às novas exigências do autocuidado (Meleis et al., 2010). Concorre para tal, que os enfermeiros façam a avaliação do potencial de desenvolvimento da pessoa que apresenta défice no autocuidado, através de instrumentos apropriados, servindo esta como guia da intervenção terapêutica na obtenção de melhores resultados em saúde na transição da pessoa associada à dependência no autocuidado (McEwen & Wills, 2009).

A equipa de saúde e, particularmente, os enfermeiros estão considerados como os profissionais mais aptos para dar resposta às necessidades das pessoas no que diz respeito ao défice do autocuidado e à capacitação da autonomia, pelo que importa identificar e relacionar os fatores que interferem no autocuidado no sentido de que o modelo de intervenção seja efetivo. Este modelo agregando uma componente assistencial e educativa, deverá conjugar estratégias e comportamentos que promovam o aumento da autoestima, da responsabilidade individual e familiar, de competências para gerir as dificuldades relacionadas consigo e com o meio, e que assegure a continuidade dos cuidados (Blair, 1999).

A reconstrução da autonomia é um processo lento e complexo no qual interferem fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, e que requer que os enfermeiros detenham conhecimento empírico sobre o problema a fim de poder ajudar a pessoa a reconstruir a autonomia (Brito, 2012).

1.2 Justificação do Estudo

A situação de dependência em Portugal, ao longo das últimas décadas, tem vindo a agravar-se, mormente relacionada com o aumento da esperança de vida e da diminuição da mortalidade (DGS, 2005). Tal facto, tem originado decisões políticas na área da saúde, traduzidas em documentos legislativos. Tal é o caso da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006, modelo concetual integrado de gestão de doença/prestação de cuidados, apresentando os seguintes objetivos específicos, entre outros: “a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados” (Decreto-Lei n.º 101/2006, p. 3858). Importa, também, realçar que a criação da RNCCI põe em relevo as necessidades em cuidados de enfermagem desses grupos de pessoas, conferindo os cuidados de enfermagem como serviços a prestar de forma permanente. Isto significa, que os cuidados de enfermagem são reconhecidos como essenciais para a prevenção do agravamento da condição de saúde, para a reabilitação e para a reconstrução da autonomia da pessoa dependente no autocuidado, assim como, para a instrução, supervisão e apoio do familiar prestador de cuidados. Constatando-se que os principais motivos de referenciação dos doentes para a RNCCI são a transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e a transição associada ao exercício do papel de prestador de cuidados (Petronilho, 2013), poder-se-á afirmar, assim, do carácter insubstituível dos cuidados de enfermagem no impacte na saúde das pessoas.

Atualmente, em Portugal, o índice de envelhecimento é de 127,84 e, 19,2% de idosos têm 65 anos ou mais de idade, prevendo-se, dentro de cinquenta anos, o aumento para o dobro da população com 65 anos ou mais de idade (INE, 2011). O envelhecimento para além de caracterizar-se por alterações fisiológicas próprias, suscetíveis de produzirem limitações nas AVD, contribui, também, para um aumento de doenças de evolução prolongada, potencialmente incapacitantes no domínio do autocuidado. Acresce

ao fenómeno do envelhecimento o facto de que, em Portugal, as principais causas de morte serem as doenças cérebro vasculares e as doenças isquémicas do coração (INE, 2011) que, a não serem fatais, determinam sequelas que concorrem para défices no autocuidado. Perante estas evidências, poder-se-á, portanto, antever um cenário de dependência no autocuidado de um relevante número de pessoas, sendo para tal, também, revelador o índice dependência de idosos que, em 2011, apresentava o valor de 28,2% (INE, 2011).

Associado a esta circunstância, reconhece-se, igualmente que, em Portugal, são as famílias, maioritariamente, que suportam o encargo de cuidar do seu DF (Figueiredo, 2007; Araújo, Paúl & Martins, 2010; Carvalho, 2010; Costa, 2013; Petronilho, 2013), sem, no entanto, terem sido preparados pela equipa de saúde para o processo de cuidados (Petronilho, 2007; Louro, 2009).

Esta conjuntura pressupõe, assim, a existência de um número considerável de famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, situação criadora de novas necessidades em cuidados de saúde.

Pretendeu destacar-se, em capítulo anterior, a importância que assume para a enfermagem o fenómeno do autocuidado, o processo de reconstrução da autonomia e a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados. E, perante a realidade das novas necessidades em cuidados de saúde, que se consideram muito centrados na natureza dos cuidados de enfermagem, poderá refletir-se no desafio que é colocado à profissão de enfermagem e na oportunidade de dar visibilidade social aos cuidados de enfermagem.

O conceito de autocuidado, no que diz respeito ao nível de dependência, tal como, o exercício do papel de prestador de cuidados, não têm sido suficientemente estudados na investigação em enfermagem (Petronilho, 2013).

É, ainda, muito limitado o conhecimento do fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar (Petronilho, 2013; Costa, 2013). Desta forma, entende-se ser pertinente a realização desta investigação no sentido de contribuir para melhor conhecer esta realidade, uma vez que a problemática relacionada com a dependência no autocuidado está intrinsecamente aliada às necessidades em cuidados de enfermagem.

1.3 Finalidade do Estudo

O conhecimento sobre o fenómeno da dependência no autocuidado é reduzido especificamente sobre a proporção de famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, o nível de dependência em cada um dos tipos de autocuidado que a pessoa dependente apresenta, a condição de saúde da pessoa dependente, a perceção da autoeficácia (PAE) do MFPC, a intensidade e o incentivo dos cuidados prestados pelo MFPC e sobre a utilização dos recursos considerados necessários para a concretização das atividades de autocuidado, assim como, sobre os fatores que interferem com a transição para tomar conta de um familiar dependente no autocuidado.

O estudo que se pretende desenvolver tem, assim, a seguinte finalidade:

- Melhorar o conhecimento sobre o fenómeno da dependência no autocuidado, em contexto familiar, a fim de projetar tendências sobre as necessidades das pessoas dependentes no autocuidado e das suas famílias, modelos de prestação de cuidados de enfermagem e a utilização de recursos.

1.4 Visão Geral do Estudo

Este estudo constituiu-se em duas fases. Na primeira, realizou-se um estudo exploratório de base populacional para obter-se conhecimento sobre o fenómeno da dependência do autocuidado no concelho da Maia. Utilizou-se, para tal, o formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado” já aplicado em outros estudos similares.

Após, evoluiu-se para um estudo de natureza qualitativa para compreender-se como é que os MFPC experienciam a transição para o exercício do papel e para identificar os fatores que interferem com a transição.

1.5 Visão Geral do Relatório de Investigação

O presente relatório integra cinco capítulos.

A problemática e os conceitos centrais da investigação estão explanados neste capítulo. O capítulo 2 apresenta as opções metodológicas referentes ao primeiro e segundo estudo, indicando as técnicas de recolha e de análise de dados e as variáveis.

No capítulo 3 faz-se a apresentação e análise dos resultados obtidos no primeiro estudo. A apresentação e discussão dos resultados obtidos no segundo estudo estão integrados no capítulo 4.

Por último, no capítulo 5, expõem-se as principais conclusões dos estudos, as suas limitações e as implicações do conhecimento produzido para a enfermagem e para a organização da assistência no espaço da saúde.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

No presente capítulo, apresentam-se as decisões metodológicas que orientaram a realização da pesquisa, estando essas opções alicerçadas nas perguntas de investigação e na finalidade enunciada. Assim, começa-se por expor o desenho da investigação, sendo, as duas partes subsequentes, referentes aos dois estudos desta investigação. Em cada uma delas são expressos os objetivos, os métodos e os procedimentos utilizados para a recolha de dados.

2.1 Desenho da Investigação

A decisão pela escolha de uma investigação que integrasse dois estudos, um com uma abordagem quantitativa e outro com uma abordagem qualitativa, prendeu-se com a convicção de que usando-se métodos múltiplos, poder-se-ia evitar as limitações do uso da abordagem única e processar-se-ia, de uma forma mais ampla e rápida, o entendimento do problema que pretendia investigar-se (Polit, Beck & Hungler, 2006). O fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar é ainda pouco conhecido, pelo que a integração de dados quantitativos e qualitativos veio proporcionar a interpretação alternativa dos dados e permitir, de uma forma completa, a sua compreensão, viabilizando, assim, uma visão mais global e dinâmica do fenómeno sob estudo.

Desta forma, o desenho da investigação incorporou uma pesquisa com método misto, pois “ocorre de modo a integrar os elementos de diferentes paradigmas e oferece a possibilidade de geração de compreensões mais criativas sobre o fenómeno estudado” (Polit & Beck, 2011, p.320).

Primeiramente, realizou-se um estudo de carater quantitativo, visto o conhecimento sobre o fenómeno ser, ainda, limitado e desejar adquirir-se informação sobre as características das pessoas dependentes no autocuidado e os seus familiares prestadores de cuidados. Após, para melhorar a compreensão sobre os resultados encontrados no primeiro estudo, efetivou-se um estudo de natureza qualitativa, tendo-se

analisado os dados com o método para gerar uma Grounded Theory (Strauss & Cobin, 2008), pretendendo evoluir-se para a construção de uma estrutura teórica explicativa sobre a assunção do papel de MFPC. A triangulação dos métodos possibilitou incorporar a questão do significado e da intencionalidade inerente às ações, às relações e às estruturas sociais o que, conseqüentemente, permitiu a interpretação, de uma forma mais aprofundada, do fenómeno em estudo.

2.2 Primeiro Estudo

O primeiro estudo que se realizou teve natureza quantitativa, pois pretendia identificar-se e interpretar o fenómeno a estudar pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos (Fortin, 2009), tendo sido norteado por duas grandes questões orientadoras:

Quais são as características específicas do fenómeno da dependência no autocuidado, em contexto familiar, no concelho da Maia?

Que relações se podem perspetivar entre o nível de dependência no autocuidado da pessoa dependente no autocuidado, a intensidade dos cuidados prestados pelo MFPC, o incentivo dado pelo MFPC para a autonomia da pessoa dependente no autocuidado, a perceção de auto eficácia do MFPC, a utilização dos recursos e a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado?

2.2.1 Objetivos

Os objetivos que se delinearam para a primeira fase da pesquisa decorrem das questões de pesquisa que se formularam. Deste modo, foram definidos os seguintes objetivos para este estudo:

- Identificar a proporção de famílias clássicas do concelho da Maia que integram uma pessoa dependente no autocuidado;
- Caracterizar as pessoas dependentes no autocuidado integradas nas famílias clássicas do concelho da Maia;
- Caracterizar os membros de família prestadores de cuidados das pessoas dependentes no autocuidado integradas nas famílias clássicas do concelho da Maia;

- Identificar o grau de dependência no autocuidado dos dependentes integrados nas famílias clássicas do concelho da Maia, por tipo de autocuidado;
- Caracterizar a condição de saúde dos dependentes no autocuidado integrados nas famílias clássicas do concelho da Maia;
- Caracterizar a percepção de autoeficácia dos membros de família prestadores de cuidados dos dependentes integrados nas famílias clássicas do concelho da Maia;
- Caracterizar os cuidados prestados pelos membros de família prestadores de cuidados aos dependentes no autocuidado integrados nas famílias clássicas do concelho da Maia;
- Caracterizar os recursos materiais, profissionais e não profissionais, necessários, desejados e utilizados pelos dependentes no autocuidado e pelos MFPC;
- Identificar grupos homogêneos de casos de famílias prestadores de cuidados no exercício do papel.

2.2.2 Tipo de estudo

O propósito deste estudo consistiu em documentar os aspetos relacionados com a dependência no autocuidado quer relativamente ao que diz respeito à pessoa dependente quer relativamente ao membro da família prestador de cuidados. Pretendendo investigar-se a natureza complexa do fenómeno e em concordância com os objetivos definidos, realizou-se um estudo exploratório de natureza epidemiológica, visto não existir conhecimento sobre o fenómeno da dependência no autocuidado, em contexto familiar, no concelho da Maia, e pretender determinar-se a dimensão da ocorrência do mesmo (Fortin, 2009). Ao querer determinar-se, num preciso momento, o estado do fenómeno da dependência no autocuidado nesse concelho, a dimensão temporal da pesquisa foi transversal. A recolha de dados efetuou-se entre o mês de Fevereiro e Abril de 2011.

2.2.3 População e Amostra

A população do estudo foi constituída pelas famílias clássicas residentes no concelho da Maia, considerando-se que a população “são todos os indivíduos ou objetos com características definidoras comuns” (Polit & Beck, 2011, p.98). Considerou-se por

família clássica a pessoa independente que ocupa uma parte ou a totalidade de um alojamento, ou, o conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco de direito ou de facto entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento (INE, 2010). De acordo com o Censos de 2001, existiam 40569 famílias residentes no concelho da Maia (INE, 2002), distribuídas pelas freguesias como apresentado na tabela seguinte.

TABELA 1: Distribuição dos agregados familiares da Maia por freguesias

Freguesias	N
Águas Santas	8783
Avioso (Santa Maria)	1176
Avioso (São Pedro)	867
Barca	876
Folgosa	1122
Gemunde	1531
Gondim	614
Gueifães	3819
Maia	3352
Milheirós	1376
Moreira	3579
Nogueira	1459
Pedrouços	4268
São Pedro Fins	569
Silva Escura	677
Vermoidim	4771
Vila Nova da Telha	1730
Total	40569

Na impossibilidade de trabalhar com a população do estudo, definiu-se uma amostra que fosse constituída de forma a que as conclusões obtidas, a partir da caracterização da amostra, fossem generalizáveis para a população, ou seja, que a amostra fosse representativa da população em estudo, tendo-se optado por uma amostragem aleatória estratificada no sentido de garantir a representatividade de todos os grupos existentes na população (Marôco, 2010).

Assim, foi estabelecida uma amostra, que integrou elementos de todas as freguesias do concelho da Maia, e que se constituiu como representativa da população, visto que “a consideração mais importante na investigação de uma amostra, em um estudo quantitativo, é a sua representatividade – a medida em que a amostra é similar à população.” (Polit, Beck & Hungler, 2004, p.225).

Respeitando o que é sugerido por Beaglehole, Bonita e Kjellstrom (2003) para a determinação do tamanho da amostra em estudos de saúde, recorreu-se à aplicação da fórmula de Lwanga e Lemeshow (1991, p.25) publicadas pela OMS (1999, p. 25). A fórmula $n = Z^2 p (1-p) / d$ leva ao cálculo de n (número de famílias da amostra) em que Z (valor da distribuição normal standard para o nível de confiança) é de 95%, o p

(proporção esperada de prevalentes) deverá ser assumido o valor de 50%, visto não ser conhecida a prevalência do fenómeno da dependência no autocuidado, em contexto familiar, do concelho da Maia; d (erro de precisão) de 2%. Assim, na tabela 2 descreve-se o número de famílias incluídas na amostra, por freguesia do concelho da Maia.

A amostra estabelecida foi uma amostra aleatória estratificada, pois os elementos que a incorporaram foram selecionados aleatoriamente dos subconjuntos homogêneos, em que a população foi dividida, reforçando assim, a representatividade da amostra (Fortin, 2009).

Para o processo de seleção aleatória dos agregados familiares que integraram a amostra, recorreu-se à Base Geográfica de Referência de Informação (INE, 2001), visto disponibilizar informação geográfica das famílias e, simultaneamente, permitir planear as operações no terreno e controlar eficazmente a cobertura do trabalho (INE, 2009) e ao Sistema de Informação Geográfico ArcGis® para a determinação geográfica aleatória de subsecções territoriais. Neste contexto, para obter-se de forma aleatória o número de famílias por freguesia utilizou-se o software de referência geográfica referido, tendo sido contactados um número de famílias por subsecção territorial, como indicado na tabela 2. Deve-se, igualmente, à forma como o Sistema de Informação Geográfico ArcGis® processa a referência do número de famílias por subsecção geográfica, que o número total da amostra (1491) excedeu o número do cálculo da amostra (1343). Assim, a amostra, no seu total, foi constituída por 1491 agregados familiares.

TABELA 2: Distribuição da população, cálculo da amostragem e amostra do estudo por freguesia¹

Freguesias	População	Cálculo da Amostra	Amostra do Estudo (n)
Aguas Santas	8783	290	265
Avioso (Santa Maria)	1176	39	83
Avioso (São Pedro)	867	30	48
Barca	876	29	24
Folgosa	1122	37	32
Gemunde	1531	51	48
Gondim	614	21	36
Gueifães	3819	127	162
Maia	3352	111	95
Milheirós	1376	45	38
Moreira	3579	119	118
Nogueira	1459	48	70
Pedrouços	4268	141	122
São Pedro Fins	569	19	30
Silva Escura	677	22	48
Vermoim	4771	157	160
Vila Nova da Telha	1730	57	112
Total	40569	1343	1491

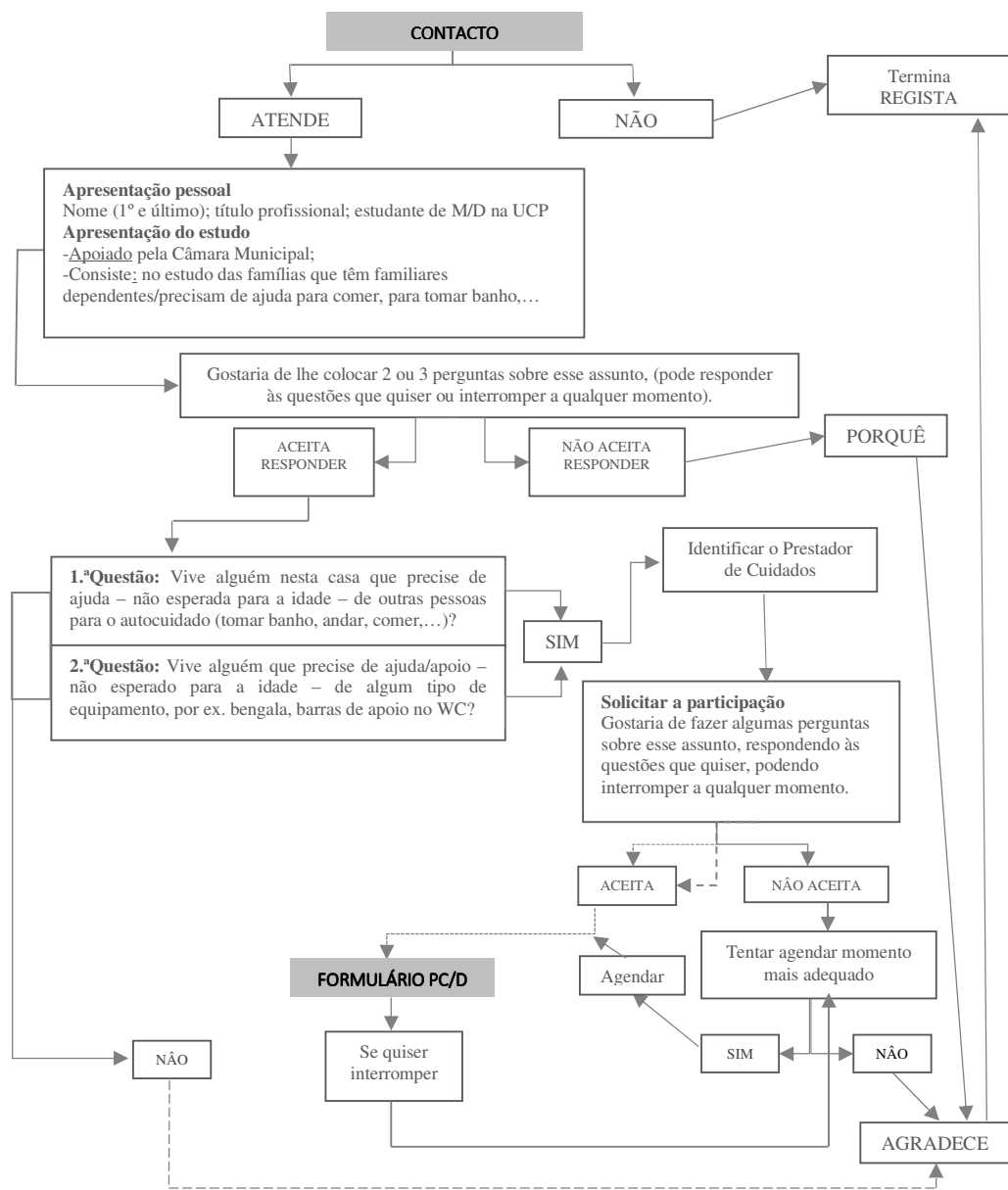
¹ Os outputs gerados pelo software de referência geográfica podem ser consultados em: <http://www.bing.com/maps/?v=2&cp=41.244432367678236-8.637580898242163&lvl=15&sty=r&cid=7568FEB53E710AE1205>

2.2.4 Procedimento de Recolha de Dados

A recolha de dados concretizou-se com o apoio de cinco enfermeiros, estudantes a frequentar cursos de mestrado na ESEP, na circunstância do desenvolvimento da sua dissertação de mestrado. Para assegurar que fosse idêntico o modo de aplicação do formulário, no mês de Janeiro de 2011, efetivaram-se reuniões com todos os investigadores. Foram dadas orientações a ter em conta no contacto com as famílias e no preenchimento do formulário.

A recolha de dados foi realizada “porta a porta”, respeitando o seguinte processo: primeiro, o investigador, identificado com o cartão da ordem dos enfermeiros, apresentava-se às famílias; em seguida, informava sobre os objetivos e a finalidade da pesquisa; depois pedia a colaboração com consentimento informado. As dúvidas colocadas eram sempre esclarecidas, explicitando-se que, em qualquer momento do preenchimento do formulário, a família poderia desistir de responder. No que concerne ao preenchimento da parte do formulário relativo às questões da condição de saúde da pessoa dependente, o investigador fez observação com juízo clínico. Realizou-se a recolha de informação em todos os agregados familiares selecionados, que concordaram participar. Na aplicação do formulário, o investigador começava por um conjunto de questões que levaram à identificação das famílias que integravam pessoas dependentes no autocuidado; de seguida, na situação em que as famílias integravam familiares dependentes, perguntava-se se estavam dispostas a responder a todo o formulário e, no caso de aceitarem, foram compreendidas na amostra. O tempo médio gasto na aplicação de cada formulário foi de cerca de 50 minutos.

FIGURA 2: Procedimento de contacto



2.2.4.1 Formulário: Famílias que Integram Dependentes no Autocuidado

O instrumento de recolha de dados utilizado foi um formulário intitulado “Famílias que integram dependentes no autocuidado” construído pela Unidade de Investigação da ESEP e já aplicado em estudos semelhantes, realizados em vários concelhos do distrito do Porto e do distrito de Lisboa, com o propósito de caracterizar o fenómeno da dependência no autocuidado (anexo I).

É constituído por duas partes distintas:

Parte I – Inquérito Preliminar/Caracterização: inclui um grupo de variáveis de atributo, que possibilita a caracterização das famílias que integram dependentes no autocuidado relativamente ao tipo de família, tipo de alojamento e condições socioeconómicas, e caracterização sociodemográfica do prestador de cuidados;

Parte II – Formulário PCD (prestador de cuidados e dependente): integra um conjunto de variáveis de atributo que viabiliza a caracterização sociodemográfica da pessoa dependente e, para cada um dos onze domínios do autocuidado, de acordo com a definição expressa na CIPE® Versão 1,0 (ICN, 2005), permite fazer:

- caracterização do tipo e nível de dependência do autocuidado;
- caracterização do perfil dos cuidados que o MFPC executa, concretamente na avaliação das atividades de incentivo à autonomia da pessoa dependente; na intensidade dos cuidados prestados ao familiar pelo MFPC; a pessoa que decide sobre os cuidados necessários; o local onde são prestados os cuidados;
- caracterização dos recursos (produtos de apoio e equipamento) necessários e utilizados em relação à dependência em cada autocuidado;
- caracterização da PAE do MFPC em cada domínio do autocuidado.

De seguida, o formulário inclui um grupo de variáveis que permite avaliar a utilização e a necessidade de recursos complementares, entre os quais os recursos financeiros e de serviços de apoio profissionais e não profissionais. No final, o formulário apresenta variáveis que levam à caracterização da condição de saúde da pessoa dependente quanto ao compromisso nos processos corporais.

O formulário agrega duas escalas:

- a escala para a avaliação do tipo e dependência nos vários domínios do autocuidado, que tem por base o conceito de Autocuidado de Dorothea Orem, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (Johnson et al., 2008) ;
- a escala de avaliação da perceção de autoeficácia específica do membro de família prestador de cuidados, relativa à dependência em cada um dos domínios do autocuidado do familiar cuidado, elaborada a partir dos processos de cuidar e indicadores de competências definidos por Schumacher e colaboradores (2000).

2.2.4.2 Fidelidade e Validade do Instrumento de Recolha de Dados

A fidelidade de um instrumento de medida “prende-se com a capacidade do instrumento medir de uma vez para outra um mesmo objeto de forma constante e é fiel quando dá resultados comparáveis em situações comparáveis” (Fortin, 2009, p. 349), e em que o grau de fidelidade revela-se sob forma de um coeficiente de correlação, podendo variar entre valores de 0,00 (ausência de correlação) e 1,00 (correlação perfeita). No entanto, o coeficiente de fidelidade deverá situar-se entre 0,70 e 0,90 (Fortin, 2009).

A fidelidade de um instrumento pode ser medida pela estabilidade, consistência interna e pela equivalência. Como o presente estudo foi de carácter transversal, e o formulário utilizado para a recolha de dados integrar várias escalas que envolvem soma de scores, procedeu-se, somente, à avaliação da consistência interna através do alfa de Cronbach (Polit & Beck, 2011). Tendo por referência que o valor dos coeficientes alfa de Cronbach varia entre 0,00 e 1,00 e que um valor elevado indica uma grande consistência interna (Polit&Beck&Hungler, 2006; Fortin, 2009), pode comprovar-se pelos valores apresentados na Tabela 3, que o instrumento aplicado apresenta uma muito boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2003).

As subescalas Virar-se, Elevar-se e Usar cadeira de rodas não foram sujeitas a esta análise pela razão de as duas primeiras nomeadas (Virar-se e Elevar-se) integrarem apenas um item e a subescala Usar cadeira de rodas deter um restrito número de casos.

TABELA 3: Alfa de Cronbach das sub-escalas de avaliação da dependência no autocuidado

Escala de Autocuidado	Número de Itens	Alfa de Cronbach
Alimentar-se	11	,915
Andar	7	,912
Arranjar-se	10	,910
Tomar banho	8	,909
Usar o sanitário	6	,901
Tomar a medicação	3	,913
Transferir-se	2	,899
Vestir-se e despir-se	15	,913
Usar cadeira de rodas	3	-

As diferentes subescalas da escala de avaliação da PAE dos MFPC foram sujeitas à análise da consistência interna. Pode ler-se na tabela 4 que, em relação aos Domínios do Autocuidado, o Alpha de Cronbach varia entre 0,964 e 0,989 e, relativamente aos Processos de Cuidar, varia entre 0,891 e 0,971, ficando patente a consistência interna existente nas subescalas. Todas as subescalas, excetuando Agir e

Decidir, têm uma muito boa consistência interna, pois assumem valores acima de 0,90 (Pestana & Gageiro, 2005; Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011).

TABELA 4: Alfa de Cronbach por subescala de avaliação da percepção de autoeficácia do MFPC relativa ao exercício do papel

Escala de PAE	N.º de itens	Alpha de Cronbach
Domínios do autocuidado		
Tomar banho	16	,989
Vestir-se e despir-se	10	,960
Alimentar-se	15	,964
Uso do sanitário	15	,989
Virar-se	16	,965
Transferir-se	10	,969
Andar	10	,974
Tomar a medicação	14	,970
Processos de cuidar		
Aceder	24	,971
Agir	6	,882
Ajustar	9	,910
Monitorizar	19	,953
Decidir	7	,891
Negociar	2	,987
Providenciar	20	,957
Trabalhar	16	,955

A validade é, também, um critério importante para avaliação de um instrumento, que indica em que grau o instrumento mede o que é suposto medir, embora Polit e colaboradores (2004) e Ribeiro (2010) refiram que a validade refere-se às inferências e conclusões que dele resultam e não precisamente ao instrumento.

O formulário que se usou nesta investigação, tem sido testado em várias pesquisas, que se articulam num projeto de investigação alargado da UNIESEP que pretende estudar o fenómeno da dependência no autocuidado, e tem demonstrado grande validade e fidelidade (Duque, 2009; Martins, 2010; Leonardo, 2011; Matias, 2011; Pereira, 2011; Queirós, 2011; Ribeiro, 2011; Silva, 2011; Leão, 2012; Silva, 2012; Trigo, 2012; Petronilho, 2013; Fernandes, 2014).

2.2.5 Variáveis

As variáveis definidas para este estudo foram as relativas à família que integra pessoas dependentes no autocuidado, à pessoa dependente no autocuidado e ao membro de família prestador de cuidados.

Na tabela 5, apresentam-se as variáveis de atributo para a caracterização da família que integra uma pessoa dependente no autocuidado.

TABELA 5: Operacionalização das variáveis de atributo relativas à caracterização da família que integra uma pessoa dependente no autocuidado

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
Tipo de família	0 - Clássica sem núcleos; 1 - Clássica com um núcleo; 2 - Clássica com dois núcleos; 3 - Clássica com três núcleos	Quantitativa Ordinal
Rendimentos do agregado / mês	0 - Até 250 euros; 1 - De 251 a 500 euros; 2 - De 501 a 1000 euros; 3 - De 1000 a 2000 euros; 4 - De 2001 a 5000 euros; 5 - Mais de 5000 euros	Quantitativa Ordinal
Número de membros da família	Por número de membros	Quantitativa

Quanto às variáveis de atributo relativas ao alojamento, indicadas na tabela 6, foram definidas: edifício de alojamento familiar; necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia); edifício com acessibilidade a PMC; área útil; n.º divisões; n.º ocupantes; alojamento com retrete; alojamento com água canalizada; alojamento com banho ou duche; alojamento com aquecimento.

TABELA 6: Operacionalização das variáveis de atributo relativas à caracterização do alojamento da família que integra uma pessoa dependente no autocuidado

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
Edifício de alojamento familiar	0 - Clássico: moradia; 1 - Clássico: apartamento; 2 - Clássico: outro tipo; 3 - Não clássico (barraca, móvel, improvisado)	Quantitativa Ordinal
Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)	0 - Muito grandes; 1 - Grandes; 2 - Médias; 3 - Pequenas; 4 - Nenhuma	Quantitativa Ordinal
Edifício com acessibilidade a PMC	0 - Sim; 1 - Não	Qualitativa Nominal dicotómica
Área útil	em m ²	Quantitativa
N.º divisões	por divisão	Quantitativa
N.º ocupantes	por número de ocupantes	Quantitativa
Alojamento com Retrete; Alojamento com Água Canalizada; Alojamento com Banho ou Duche; Alojamento com Aquecimento	0 - Sim; 1 - Não	Qualitativa Nominal dicotómica

Na tabela 7, apresentam-se as variáveis de atributo para a caracterização da pessoa dependente no autocuidado: sexo; idade; estado civil; nacionalidade; nível de escolaridade; profissão; situação que originou a dependência (envelhecimento; doença aguda; doença crónica; acidente; outra); instalação da dependência; tempo de dependência; consumo de medicamentos; variedade de fármacos; fármacos nas tomas/dia; internamentos no último ano e episódio de recursos no SU, no último ano.

TABELA 7: Operacionalização das variáveis de atributo relativas à caracterização da pessoa dependente no autocuidado

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
Sexo	0 – Masculino; 1 – Feminino	Qualitativa Nominal dicotômica
Idade	Em anos	Quantitativa
Residência	Freguesias do concelho da Maia	Qualitativa nominal
Estado Civil	0 - Casado/ União de facto; 1 – Solteiro; 2 - Viúvo 3 – Divorciado	Qualitativa Nominal
Nacionalidade	0 – Portuguesa; 1 - Não Portuguesa	Qualitativa Nominal dicotômica
Nível de Escolaridade	0 – Nenhum; 1 - Ensino básico -1.º ciclo (4 anos); 2 - Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos); 3 - Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos); 4 - Ensino secundário (11 ou 12 anos); 5 - Ensino superior	Qualitativa Nominal
Profissão	0 - Membros das forças armadas; 1 - Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa; 2 - Especialistas das profissões intelectuais e científicas; 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio; 4 - Pessoal administrativo e similares; 5 - Pessoal dos serviços e vendedores; 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas; 7 - Operários, artifices e trabalhadores similares; 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; 9 - Trabalhadores não qualificados; 10 – Doméstico; 11 – Desempregado; 12 - Pensionista / Reformado; 13 – Estudante; 14 – Outra	Qualitativa Nominal
Situação que originou a dependência (envelhecimento; doença aguda; doença crónica; acidente; outra)	0 - Sim 1 – Não	Qualitativa Nominal dicotômica
Instalação da dependência	0 – Súbita; 1 – Gradual	Qualitativa Nominal dicotômica
Tempo de dependência	N.º de anos ou meses se inferior a um ano	Quantitativa
Consumo de medicamentos	0 – Sim; 1 – Não	Qualitativa Nominal dicotômica
Variedade de fármacos	N.º absoluto de fármacos diferentes	Quantitativa
Fármacos nas tomas/dia	N.º absoluto de fármacos	Quantitativa
Internamentos no último dia	Nenhum; Um; Dois; Três; Mais de três (especificar)	Quantitativa
Episódio de recursos ao SU, no último ano	Nenhum; Um; Dois; Três; Mais de três (especificar)	Quantitativa

Em relação às variáveis de atributo do membro de família prestador de cuidados, apresentadas na tabela 8, foram consideradas a idade; sexo; residência; estado civil; nacionalidade; nível de escolaridade; profissão; parentesco com o dependente e a co-habitação com a pessoa dependente no autocuidado.

TABELA 8: Operacionalização das variáveis de atributo relativas à caracterização do membro de família prestador de cuidados

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
Sexo	0 – Masculino; 1 – Feminino	Qualitativa Nominal dicotómica
Idade	Em anos	Quantitativa
Residência	Freguesias do concelho da Maia	Qualitativa nominal
Estado Civil	0 - Casado/ União de facto; 1 – Solteiro; 2 – Viúvo; 3 – Divorciado	Qualitativa Nominal
Nacionalidade	0 – Portuguesa; 1 - Não Portuguesa	Qualitativa Nominal dicotómica
Nível de Escolaridade	0 – Nenhum; 1 - Ensino básico -1.º ciclo (4 anos); 2 - Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos); 3 - Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos); 4 - Ensino secundário (11 ou 12 anos); 5 - Ensino superior	Qualitativa Nominal
Profissão	0 - Membros das forças armadas; 1 - Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa; 2 - Especialistas das profissões intelectuais e científicas; 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio; 4 - Pessoal administrativo e similares; 5 - Pessoal dos serviços e vendedores; 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas; 7 - Operários, artificies e trabalhadores similares; 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; 9 - Trabalhadores não qualificados; 10 – Doméstico; 11 – Desempregado; 12 - Pensionista / Reformado; 13 – Estudante; 14 – Outra	Qualitativa Nominal
Parentesco com o dependente	0 –Marido/Mulher; 1 – Pai/mãe; 2 – Filho (a); 3 – Irmão (ã); 4 – Afinidade (nora, padrasto, cunhado); 5 – Sem parentesco; 6 – Outra	Qualitativa Nominal
Co-habitação com a pessoa dependente no autocuidado	0 – Sim; 1 – Não	Qualitativa Nominal dicotómica

No que se refere à dependência no autocuidado esta foi operacionalizada em relação a onze domínios do autocuidado (tabela 9): Tomar banho; Vestir-se e despir-se; Alimentar-se; Arranjar-se; Uso do sanitário; Elevar-se; Virar-se; Transferir-se; Usar cadeira de rodas; Andar e Tomar medicação, de acordo com o enunciado na CIPE® 1.0, sendo cada domínio de autocuidado avaliado por um conjunto de indicadores específicos, numa escala de tipo Likert de 4 pontos: dependente não participa – score 1; necessita de ajuda de pessoa – score 2; necessita de equipamento – score 3; completamente independente – score 4.

TABELA 9: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização do nível de dependência no autocuidado

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
AUTOCUIDADO: Tomar banho		
Entra e sai do chuveiro; Obtém objetos para o banho; Abre a torneira; Regula a temperatura da água; Regula o fluxo da água; Lava-se no chuveiro; Lava o corpo; Seca o corpo	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa; 3 - Necessita de Equipamento; 4 - Completamente independente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se		
Escolhe as roupas; Retira as roupas da gaveta e do armário; Segura as roupas Veste as roupas na parte superior do corpo; Veste as roupas na parte inferior do corpo; Despe as roupas na parte superior do corpo; Despe as roupas na parte inferior do corpo; Abotoa as roupas; Desabotoa as roupas; Usa cordões para amarrar; Usa fechos; Calça as meias; Descalça as meias; Calça os sapatos; Descalça os sapatos	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Alimentar-se		
Prepara os alimentos para a ingestão; Abre recipientes; Utiliza utensílios; Coloca o alimento no utensílio; Pega no copo ou chávena; Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão; Leva os alimentos à boca com recipiente; Leva os alimentos à boca com os utensílios; Bebe por copo ou chávena; Coloca os alimentos na boca; Conclui uma refeição	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Arranjar-se		
Penteia ou escova os cabelos; Barbeia-se; Aplica maquilhagem; Cuida das unhas; Usa um espelho; Aplica o desodorizante; Limpa a área do períneo; Limpa as orelhas; Mantém o nariz desobstruído e limpo; Mantém a higiene oral	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Uso do sanitário		
Ocupa e desocupa o sanitário; Tira as roupas; Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira; Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar; Ergue-se da sanita; Ajusta as roupas após a higiene íntima	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Elevar-se		
Levantar parte do corpo	1- Dependente não Participa 2- Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Virar-se		
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4 - Completamente independente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Transferir-se		
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão; Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas		
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas; Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança; Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Andar		
Suporta o próprio corpo na posição de pé; Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos; Sobe e desce degraus; Deambula em aclives e declives; Percorre distâncias curtas (<100m); Percorre distâncias moderadas (> 100m<500m); Percorre longas distâncias (> 500m)	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Tomar medicação		
Providencia medicamentos; Prepara a medicação; Toma a medicação	1 - Dependente não Participa 2 - Necessita de ajuda de pessoa 3 - Necessita de Equipamento 4- Completamente independente	Quantitativa Ordinal

A PAE específica do membro de família prestador de cuidados relativa ao exercício do papel é caracterizada, por cada domínio de autocuidado (tabela 10) e por processos de cuidar (tabela 11). Foram definidos, para cada um dos domínios do autocuidado, indicadores com base nas características específicas apresentadas na NOC e referentes aos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Aos indicadores foram adaptados oito processos de cuidar definidos por Schumacher et al. (2000) para a avaliação das competências dos familiares cuidadores. Utilizou-se uma escala de valor semântico: Incompetente, Pouco competente, Medianamente competente, Muito competente. Para poder fazer-se a análise estatística adequou-se a uma escala tipo Likert com 4 pontos: Incompetente - 1, Pouco competente - 2, Medianamente competente - 3, Muito competente - 4 (tabela 10 e tabela 11).

TABELA 10: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da percepção da PAE do MFPC no exercício do papel, por cada domínio de autocuidado

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
AUTOCUIDADO: Tomar banho		
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar; Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene; Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene; Modificar o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene; Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar; Garantir a ajuda dos profissionais para lidar com as limitações para tomar banho; Dar banho ao seu familiar; Pentear o cabelo ao seu familiar; Lavar os dentes ao seu familiar; Cortar as unhas ao seu familiar; Barbear o seu familiar; Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene; Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene; Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde; Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	1 – Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se		
Perceber se a roupa/calçado do seu familiar estão adequados à temperatura ambiente; Perceber se a roupa/calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho; Escolher o vestuário do seu familiar; Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente ao que é habitual; Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar; Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir; Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir; Vestir e calçar o seu familiar; Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado; Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	1 – Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Alimentar-se		
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar; Detetar sinais de desnutrição; Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do seu familiar; Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar; Detetar sinais de desidratação; Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos; Determinar o horário, a forma e o local das refeições; Modificar o horário, a forma e o local das refeições; Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para alimentar-se; Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para alimentar-se; Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para alimentar-se; Dar de comer e beber ao seu familiar; Posicionar o seu familiar para as refeições; Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local estabelecido das refeições; Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho	1 – Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Uso do sanitário		
Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar; Determinar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca; Determinar o horário e o local utilizado para pelo seu familiar para urinar/evacuar; Cumprir o horário e o local estabelecido para seu familiar urinar/evacuar; Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar, relativamente `quilo que é habitual; Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar; Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar; Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar; Trocar a fralda ao seu familiar; Trocar o coletor urinário ao seu familiar; Lavar a região perineal ao seu familiar; Colocar o seu familiar na sanita; Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local utilizado para urinar/evacuar; Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/evacuar	1 - Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal

AUTOCUIDADO: Virar-se			
Detetar sinais precoces de úlcera de pressão; Detetar sinais precoces de rigidez articular; Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição; Determinar o(s) horário (s) do(s) posicionamentos; Definir os posicionamentos adequados/inadequados; Cumprir o(s) horário (s) do(s) e os tipos de posicionamentos estabelecidos para o seu familiar; Modificar o(s) horário (s) do(s) e os tipos de posicionamentos; Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar; Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar; Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar; Posicionar o seu familiar (para prevenir UP); Executar exercícios articulares ao seu familiar; Massajar os pontos de pressão ao seu familiar; Sentar o seu familiar; Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre os horários e tipos dos posicionamentos; Incentivar o seu familiar a posicionar-se	1 – Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal	
AUTOCUIDADO: Transferir-se			
Perceber as dificuldades da pessoa para se transferir; Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa; Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa; Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa; Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir; Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir; Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir; Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa; Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência; Incentivar o seu familiar a transferir-se	1 – Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal	
AUTOCUIDADO: Andar			
Perceber as dificuldades da pessoa na deambulação; Determinar o horário e a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular; Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para seu familiar deambular; Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar; Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar; Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar; Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar; Assistir o seu familiar a andar; Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local de deambulação; Incentivar o seu familiar a andar	1 – Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal	
AUTOCUIDADO: Tomar medicação			
Supervisiona as tomas de medicação do seu familiar; Detetar efeitos secundários da medicação; Perceber se a medicação está a produzir efeitos desejados; Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS; Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação; Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar; Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar; Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS; Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação; Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação; Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação; Administrar a medicação ao seu familiar; Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, dose e utilização da medicação em SOS; Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação	1 – Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal	

TABELA 11: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da PAE do MFPC no exercício do papel, por processos de cuidar definidos por Schumacher et al., 2000

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
MONITORIZAR		
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar; Perceber se a roupa/calçado do seu familiar estão adequados à temperatura ambiente; Perceber se a roupa/calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho; Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar; Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar; Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos; Perceber as dificuldades da pessoa para se transferir; Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição; Perceber as dificuldades da pessoa na deambulação; Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar; Perceber se a medicação está a produzir efeitos desejados; Detetar sinais precoces de úlcera de pressão; Detetar sinais precoces de rigidez articular; Detetar efeitos secundários da medicação; Detetar sinais de desnutrição; Detetar sinais de desidratação; Supervisiona as tomas de medicação do seu familiar	1 – Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa ordinal

DECIDIR		
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene; Determinar o horário, a forma e o local das refeições; Determinar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca; Determinar o(s) horário (s) do(s) posicionamentos; Determinar o horário e o local utilizado para pelo seu familiar para urinar/evacuar; Determinar o horário e a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular; Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa; Definir os posicionamentos adequados/inadequados; Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS; Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação	1 – Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal
AGIR		
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene; Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do seu familiar; Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa; Cumprir o(s) horário (s) do(s) e os tipos de posicionamentos estabelecidos para o seu familiar; Cumprir o horário e o local estabelecidos para seu familiar urinar/evacuar; Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar	1 - Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal
AJUSTAR ÀS NECESSIDADES		
Modificar o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene; Modificar o horário, a forma e o local das refeições; Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar, relativamente àquilo que é habitual; Modificar o(s) horário (s) do(s) e os tipos de posicionamentos; Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente ao que é habitual; Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar; Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa; Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar; Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	1 - Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal
PRESTAR CUIDADOS DIRETOS		
Dar banho ao seu familiar; Pentear o cabelo ao seu familiar; Lavar os dentes ao seu familiar; Cortar as unhas ao seu familiar; Barbear o seu familiar; Dar de comer e beber ao seu familiar; Trocar a fralda ao seu familiar; Trocar o coletor urinário ao seu familiar; Lavar a região perineal ao seu familiar; Colocar o seu familiar na sanita; Posicionar o seu familiar (para prevenir UP); Executar exercícios articulares ao seu familiar; Massajar os pontos de pressão ao seu familiar; Sentar o seu familiar; Assistir o seu familiar a andar; Administrar a medicação ao seu familiar	1 - Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal
ACEDER A RECURSOS		
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar Escolher o vestuário do seu familiar; Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar; Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para alimentar-se; Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar; Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir; Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação; Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação; Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação; Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir; Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir; Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar; Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar; Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar	1 - Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal
TRABALHAR EM PARCERIA COM O FAMILIAR DEPENDENTE		
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene; Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local estabelecido das refeições; Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado; Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre os horários e tipos dos posicionamentos; Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local de deambulação; Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local utilizado para urinar/evacuar; Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho; Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se; Incentivar o seu familiar a andar; Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/evacuar; Incentivar o seu familiar a posicionar-se; Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, dose e utilização da medicação em SOS; Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação	1 - Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal
NEGOCIAR COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE		
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde; Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	1 – Incompetente 2 – Pouco competente 3 – Medianamente competente 4- Muito competente	Quantitativa Ordinal

No que se refere à intensidade dos cuidados prestados à pessoa dependente no autocuidado pelo MFPC foram elencadas as variáveis apresentadas na tabela 12.

TABELA 12: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da intensidade dos cuidados prestados ao familiar pelo MFPC, por domínio do autocuidado

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
AUTOCUIDADO: Tomar banho		
Dar banho ao dependente familiar; Lavar o cabelo ao dependente familiar	N.º de vezes por semana	Quantitativa
Lavar as mãos e a cara ao dependente familiar	N.º de vezes por dia	Quantitativa
AUTOCUIDADO: Arranjar-se		
Arranjar as unhas ao dependente familiar; Maquilhar o dependente familiar	N.º de vezes por mês	Quantitativa
Cortar/aparar a barba ao dependente familiar; Aplicar desodorizante/perfume ao dependente familiar; Limpar os ouvidos ao dependente familiar	N.º de vezes por semana	Quantitativa
Lavar os dentes ao dependente familiar; Pentear o cabelo ao dependente familiar	N.º de vezes por dia	Quantitativa
AUTOCUIDADO: Alimentar-se		
Fornecer refeições ao dependente familiar	N.º de vezes por dia	Quantitativa
AUTOCUIDADO: Elevar-se		
Sentar o dependente familiar; Levantar (pôr de pé) o dependente familiar	N.º de vezes por dia	Quantitativa
AUTOCUIDADO: Virar-se		
Posicionar o dependente familiar na cama/cadeira	N.º de vezes por dia	Quantitativa
AUTOCUIDADO: Transferir-se		
Transferir o dependente familiar da cama para cadeira/cadeirão	N.º de vezes por dia	Quantitativa
AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas		
Movimentar o dependente familiar na cadeira de rodas; Passear/sair de casa com dependente familiar, na cadeira de rodas	N.º de vezes por dia	Quantitativa
AUTOCUIDADO: Andar		
Assistir na deambulação o dependente familiar	N.º de vezes por dia	Quantitativa
CUIDADOS COMPLEMENTARES		
Dar água (fora das refeições) ao dependente familiar; Inspeccionar a pele do períneo o dependente familiar; Inspeccionar as zonas de proeminências ósseas do dependente familiar; Massajar a pele das proeminências ósseas do dependente familiar; Realizar exercícios/mobilizar os membros inferiores do dependente familiar; Realizar exercícios/mobilizar os membros superiores do dependente familiar; Desenvolver atividades estimulantes da memória com o dependente familiar	N.º de vezes por dia	Quantitativa

A tabela 13 expõe a operacionalização das variáveis quanto à caracterização da intensidade dos cuidados prestados ao familiar pelo MFPC, no autocuidado Vestir-se e despir-se.

TABELA 13: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da intensidade dos cuidados prestados ao familiar pelo MFPC, no domínio do autocuidado Vestir-se e despir-se

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se		
Vestir/despir a roupa da parte superior do corpo ao dependente familiar		
Vestir/despir a roupa da parte inferior do corpo ao dependente familiar	1 – Nunca 2 – Às vezes 3 – Sempre	Quantitativa ordinal
Abotoar/desbotoar a roupa do dependente familiar		
Calçar/descalçar o dependente familiar		

Para entender-se como o MFPC promove a autonomia da pessoa dependente em cada domínio do autocuidado, foram consideradas as variáveis explanadas na tabela 14.

TABELA 14: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização do incentivo para os cuidados do MFPC, por domínio do autocuidado

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
AUTOCUIDADO: Tomar banho		
Incentiva a lavar as zonas do corpo de que é capaz o dependente familiar	1 – Nunca 2 – Às vezes 3 – Sempre	Quantitativa Ordinal

AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se		
Incentiva o dependente familiar a vestir-se e calçar-se; Veste/despe a roupa da parte superior do corpo do dependente familiar; Veste/despe a roupa da parte inferior do corpo do dependente familiar; Abotoa/desbotoa a roupa do dependente familiar; Calça/descalça o dependente familiar; Procede a ajustes no vestuário do dependente familiar em função de alterações da temperatura; Veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do seu dependente familiar	1 – Nunca 2 – Às vezes 3 – Sempre	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Alimentar-se		
Incentiva o dependente familiar a comer sozinho; Dá os alimentos à boca ao dependente familiar	1 – Nunca 2 – Às vezes 3 – Sempre	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Uso do sanitário		
Lava os genitais ao dependente familiar depois das micções/dejeções	1 – Nunca	Quantitativa Ordinal
Posiciona o dependente familiar no sanitário	2 – Às vezes	
Incentiva o dependente familiar a utilizar o sanitário	3 – Sempre	
AUTOCUIDADO: Elevar-se		
Incentiva o dependente familiar a levantar-se (pôr-se de pé); Incentiva o dependente familiar a sentar-se	1 – Nunca 2 – Às vezes 3 – Sempre	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Virar-se		
Incentiva o dependente familiar a posicionar-se; Nas mudanças de decúbito adota os decúbitos laterais	1 – Nunca 2 – Às vezes 3 – Sempre	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Transferir-se		
Incentiva o seu dependente familiar a participar na transferência da cama para a cadeira /cadeirão	1 – Nunca 2 – Às vezes 3 – Sempre	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas		
Incentiva o dependente familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas	1 – Nunca 2 – Às vezes 3 – Sempre	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Andar		
Incentiva o dependente familiar a deambular sozinho	1 – Nunca 2 – Às vezes 3 – Sempre	Quantitativa Ordinal
AUTOCUIDADO: Tomar medicação		
Procede a ajustes (de acordo com indicação médica) de horário/dose de algum medicamento; Costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento; Costuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação; Incentiva o dependente familiar a preparar/tomar sozinho os medicamentos	1 – Nunca 2 – Às vezes 3 – Sempre	Quantitativa Ordinal
CUIDADOS COMPLEMENTARES		
Incentiva o dependente familiar a beber água (líquidos) fora das refeições; Incentiva o dependente familiar a tossir quando se apercebe que ele tem secreções	1 – Nunca 2 – Às vezes 3 – Sempre	Quantitativa Ordinal

Relativamente aos recursos utilizados, foram definidas as variáveis: recursos necessários, recursos utilizados e razão da não utilização (Anexo I).

Para obter-se dados no que diz respeito à condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado, consideraram-se um conjunto de variáveis que se indicam na tabela 15.

TABELA 15: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da condição de saúde da pessoa dependente

Variável	Operacionalização	Tipo de Variável
DESIDRATAÇÃO		
Olhos encovados; Pele seca; Mucosas secas	Sim/Não	Qualitativa Nominal dicotómica
DESNUTRIÇÃO		
Magreza excessiva; Obesidade mórbida	Sim/Não	Qualitativa Nominal dicotómica
RIGIDEZ ARTICULAR		
Comprometimento da amplitude articular do cotovelo d.to; Comprometimento da amplitude articular do cotovelo esq.do; Comprometimento da amplitude articular do punho d.to; Comprometimento da amplitude do punho esq.do; Comprometimento da amplitude articular da anca d.ta; Comprometimento da amplitude articular da anca esq.da; Comprometimento da amplitude articular do joelho d.to; Comprometimento da amplitude articular do joelho esq.do; Comprometimento da amplitude articular do tornozelo d.to; Comprometimento da amplitude articular do tornozelo esq.do	Sim/Não	Qualitativa Nominal dicotómica

INTEGRIDADE DA PELE		
Pele comprometida; Úlceras de pressão; Feridas não tratadas/não cuidadas; Eritema pelas fraldas	Sim/Não	Qualitativa Nominal dicotômica
HIGIENE E ASSEIO		
Odores corporais; Unhas sujas; Higiene oral deficitária; Secreções oculares, auditivas e/ou nasais; Sujeidade corporal; Roupas sujas; Roupas inadequadas à temperatura ambiente; Roupas inadequadas à condição antropométrica; Roupas inadequadas à condição de dependência	Sim/Não	Qualitativa Nominal dicotômica
RESPIRAÇÃO		
Acumulação de secreções traqueobrônquicas; Ruídos respiratórios anormais; Aumento da frequência cardíaca	Sim/Não	Qualitativa Nominal dicotômica
ELIMINAÇÃO		
Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho; Tem problemas ocasionais; Contínente ou algaliado, mas com capacidade para gerir a algália sozinho e permanecer seco dia e noite; Dependente para controlo dos intestinos. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente; Tem problemas ocasionais para controlo dos intestinos; Consegue controlar os intestinos	Sim/Não	Qualitativa Nominal dicotômica
QUEDAS		
Número de quedas no último mês		Quantitativa
ESTADO MENTAL		
Sabe em que mês está; Sabe em que terra vive; Repete três palavras; Faz cálculos simples; Identifica objetos comuns	Sim/Não	Qualitativa Nominal dicotômica

2.2.6 Procedimento de Análise de Dados

Os dados que se obtiveram, após a aplicação do formulário, foram introduzidos automaticamente e submetidos à sua leitura ótica com o apoio do aplicativo informático Teleform. De seguida, foram exportados para uma base de dados Microsoft Access®.

Fez-se a verificação e a correção dos erros que se detetaram, comparando-se os dados lidos automaticamente com os assinalados nos formulários. Os erros encontrados foram em número reduzido e estavam relacionados com a dificuldade de leitura da caligrafia dos investigadores, por parte do aplicativo informático Teleform.

Por último, os dados recolhidos foram submetidos a análise estatística descritiva, utilizando-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 18,0.

Numa primeira etapa, fez-se uma análise dos dados através da estatística descritiva [frequências, medidas de tendência central (média e mediana), não central (percentis) e as medidas de dispersão (máximo, mínimo e desvio padrão)].

Numa segunda etapa, recorreu-se à análise de clusters no sentido de poder identificar-se grupos homogéneos de casos. A análise de clusters permite agrupar sujeitos ou variáveis em grupos homogéneos em relação a determinadas características de modo a que cada grupo seja homogéneo, ou seja, que os casos pertencentes a um grupo sejam mais próximos entre si do que casos pertencentes a outros grupos em relação às características escolhidas (Marôco, 2010). Utilizou-se o método de análise Two Step Clusters, que é um instrumento de análise exploratória para detetar grupos

naturais (ou *clusters*) de casos que de outra forma não seriam aparentes, sendo um método adequado para o tratamento de bases de dados muito grandes e com variáveis contínuas e ordinais. Com base em critérios de informação, Bayesian information criterion (BIC - Schwarz, 1978) e o Akaike information criterion (AIC - Akaike, 1974) procedeu-se à determinação ótima e automática do número de clusters (Jesus & Cardoso, 2007). Todas as análises foram efetuadas com o PASW Statistics (SPSS, versão 18).

2.3 Segundo Estudo

A realização do segundo estudo, de natureza qualitativa, teve a finalidade de melhorar a compreensão do fenómeno da dependência no autocuidado, no que se refere à experiência do MFPC no exercício do papel.

Após a análise dos dados obtidos no primeiro estudo, com a aplicação do formulário, a inclusão de uma abordagem qualitativa permitiu ao investigador “estar numa boa posição para coletar dados mais aprofundados com um subconjunto dos respondentes iniciais, que podem ser usados como informantes para ajudar o pesquisador a interpretar os resultados” Polit & Beck & Hungler (2008, p.213).

A opção metodológica para o segundo estudo ser de natureza qualitativa, usando o método para gerar uma Grounded Theory na análise dos dados (Strauss & Corbin, 2008), prendeu-se com o reconhecimento de que este método é valioso para investigar fenómenos importantes para a enfermagem, como os processos de transição vividos pelas pessoas, e que a construção de teorias de médio alcance têm contribuído, de uma forma significativa, para o aumento do conhecimento da disciplina de enfermagem (Streubert & Carpenter, 2013).

2.3.1 Questões de Investigação

As perguntas de investigação que nortearam o percurso da pesquisa foram as seguintes:

- Qual a natureza das transições que o MFPC experiencia ao tomar conta de uma pessoa dependente no autocuidado?
- Que condições facilitadoras e inibidoras influenciam o exercício no papel como MFPC de uma pessoa dependente no autocuidado?

- Quais as competências que o MFPC adquire no processo de cuidar da pessoa dependente no autocuidado?

- Que terapêuticas de enfermagem devem ser desenvolvidas para facilitar o exercício no papel como MFPC de uma pessoa dependente no autocuidado?

2.3.2 Participantes

A seleção dos participantes foi feita a partir dos MFPC que integraram o primeiro estudo, referenciados como informantes privilegiados e que estavam no exercício do papel, há, pelo menos, um ano, no sentido de compreender-se como é que experienciaram a transição para o exercício do papel de membros de família prestadores de cuidados.

2.3.2.1 Caracterização Sociodemográfica dos Membros de Família Prestadores de Cuidados

O estudo integrou dez MFPC de diferentes freguesias do concelho da Maia, entre as quais de Águas Santas, Vila Nova da Telha, Moreira, Gemunde, Folgosa e Siva Escura. A idade dos MFPC compreende-se entre 50 anos e 83 anos, sendo em média de 68,3 anos. Os MFPC são na sua maioria (70%) do sexo feminino e 80% dos MFPC coabita com o DF. O tempo que medeia desde o início que tomam conta dos seus familiares até ao momento é de 1 a 12 anos, em média 4,7 anos. A maioria (60%) tem o grau de parentesco de cônjuge e 70% dos MFPC está reformado. Todos têm de escolaridade o 1º ciclo de ensino básico (Tabela 16).

A idade média dos familiares cuidadores, 68,3 anos, é um pouco mais elevada à encontrada no primeiro estudo (M = 55,3 anos). No que se refere ao sexo e coabitação, constata-se similaridade dos resultados, visto no primeiro estudo verificar-se que 81,3% dos MFPC é do sexo feminino e 86,3% habita com o DF. Quanto à ocupação, regista-se no segundo estudo que 70% dos MFPC está reformado, enquanto no primeiro estudo a percentagem de MFPC reformado é de 38,1%. Relativamente ao estado civil, os resultados do segundo estudo (90% dos MFPC é casado) não vão de encontro aos do primeiro estudo (73,9% dos MFPC é casado). No que concerne ao nível de escolaridade, no segundo estudo todos os MFPC possuem o 1º ciclo de ensino básico, enquanto no

primeiro estudo 50% dos MFPC apresentam o 1º ciclo de escolaridade, havendo, no entanto, MFPC que detêm o 2º e 3º ciclo do ensino básico e ensino superior.

TABELA 16: Caracterização Sociodemográfica dos MFPC

Idade	Sexo	Estado civil	Grau de parentesco	Coabita com PD	Ocupação	Escolaridade	Anos de MFPC
81	M	Casado	Cônjuge	Sim	Reformado	1º Ciclo	3 Anos
76	M	Casado	Cônjuge	Sim	Reformado	1º Ciclo	3 Anos
76	F	Casado	Cônjuge	Sim	Reformado	1º Ciclo	3 Anos
71	M	Casado	Cônjuge	Sim	Reformado	1º Ciclo	7 Anos
54	F	Casado	Nora	Sim	Desempregado	1º Ciclo	5 Anos
71	F	Casado	Cônjuge	Sim	Reformado	1º Ciclo	6 Anos
74	F	Casado	Cônjuge	Sim	Reformado	1º Ciclo	4 Anos
50	F	Divorciado	Filha	Não	Desempregado	1º Ciclo	1 Ano
64	F	Casado	Nora	Sim	Doméstica	1º Ciclo	11 Anos
62	F	Casado	Nora	Não	Reformado	1º Ciclo	4 Anos

2.3.3 Procedimento de Recolha de Dados

A recolha de dados fez-se através da realização de entrevistas semiestruturadas, visto que pretendia abordar-se algumas questões com os participantes. Elencou-se uma série de temas – guias, “a propósito das quais é imperativo receber informação da parte do entrevistado” (Quivy, 2008, p.192), que constituíram o guião da entrevista. As perguntas que incorporaram o guião estavam relacionadas com as questões de investigação. No decurso da efetivação das entrevistas, embora o guião tivesse servido de apoio, houve, igualmente, a sua flexibilização de acordo com cada caso (anexo II).

Com o objetivo de pedir a colaboração e fazer a marcação da data da entrevista com os MFPC, o investigador dirigiu-se, anteriormente, às moradas das pessoas dependentes no autocuidado. As entrevistas realizaram-se no domicílio dos MFPC e/ou das pessoas dependentes no autocuidado, após ter-se agendado o dia e hora da mesma, de acordo com a disponibilidade dos participantes e terem aceitado em participar. A duração de cada entrevista mediu entre 30 a 60 minutos. Cada uma das entrevistas foi codificada com letra (E), seguido do número respetivo de cada participante.

Nos momentos da concretização das entrevistas, fez-se a observação das condições do meio envolvente em que o MFPC prestava os cuidados, de elementos referentes à condição de saúde da pessoa dependente e do familiar cuidador e de comunicação não-verbal, pelo que “prestamos atenção aquilo que vemos, ouvimos, sentimos durante a entrevista, de modo que possamos aprender sobre as vidas dos

participantes da pesquisa” Charmaz (2009, p. 15). O resultante da observação realizada, foi registado em notas de campo, que vieram, em alguns casos, a mostrar-se muito úteis para uma melhor compreensão dos dados (Polit & Beck, 2011).

2.3.4 Procedimento de Análise de Dados

Cada uma das entrevistas foi gravada, na sua totalidade, em registo áudio. Em dias subsequentes à data em que se efetivou a entrevista, foi feita a sua audição e transcrita a gravação para texto para a análise, que veio a realizar-se depois.

O processo interpretativo, que se realizou aos dados emergentes, originou que se descobrisse conceitos e relações nos dados e se organizasse esses conceitos e relações num modelo teórico (Strauss & Corbin, 2008), permitindo a explicação do que “ocorre nos ambientes de pesquisa nos quais integramos e como é a vida dos nossos participantes” (Charmaz, 2009, p.15).

Da informação obtida, fez-se a análise de conteúdo com o método de comparação constante, usando-se o processo de codificação que, primeiro, levou à segmentação e à conceitualização dos dados, para depois, terem sido agrupados, de novo, em categorias (Strauss & Corbin, 2008). Numa primeira etapa da análise, através do processo de codificação aberta, fez-se a comparação de incidente por incidente no corpus de análise, procurando as similaridades e diferenças, chegando-se à identificação de categorias e subcategorias. Posteriormente, fez-se a codificação axial, estabelecendo-se uma relação entre elas. Por via da codificação seletiva chegou-se a um refinamento das categorias emergentes. Este processo desenvolveu-se de uma forma construtivista e indutiva, possibilitando gerar uma teoria explicativa sobre os fatores que influenciam o processo de transição para o papel de prestador de cuidados que os familiares cuidadores experienciam ao tomar conta de uma pessoa dependente no autocuidado.

2.4 Aspetos Éticos

As questões éticas no que concerne ao consentimento informado e, nomeadamente, à anonimização da informação, foram asseguradas, pois foram explicados a finalidade do estudo, o conteúdo do formulário e os objetivos das entrevistas antes de ser solicitada a participação dos participantes e pedida a respetiva autorização.

Foi referido que, caso desejassem, poderiam desistir, em qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

O anonimato e os dados relacionados com as famílias foram preservados, uma vez que foi atribuída codificação a todos os dados.

É de referir que a Comissão Nacional de Proteção de Dados foi notificada quanto à realização do primeiro estudo, pelo que possui conhecimento do formulário.

Para o segundo estudo, foi elaborado um documento de consentimento informado para os MFPC (anexo III).

Para o caso de ter de reportar-se informação sobre necessidades de saúde detetadas, aquando da realização das entrevistas, estabeleceu-se contacto com os serviços de saúde da comunidade da área.

3. FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO NO CONCELHO DA MAIA

O presente capítulo reporta-se à apresentação e discussão dos resultados que caracterizam o fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar, no concelho da Maia.

A organização que se adotou para a explanação dos resultados teve em conta os objetivos da investigação. Desta forma, inicia-se por se apresentar a proporção de famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado, a caracterização sociodemográfica das pessoas dependentes e dos MFPC, o grau de dependência no autocuidado, a condição de saúde da pessoa dependente, a intensidade com que o MFPC presta cuidados à pessoa dependente e o incentivo à autonomia que o MFPC faz à pessoa dependente, a perceção de autoeficácia específica do MFPC no exercício do papel e os recursos utilizados. Conclui-se com a caracterização de dois perfis de casos associados à dependência no autocuidado em contexto familiar.

Ao longo deste capítulo, far-se-á, preferencialmente, referência a resultados de estudos sobre o fenómeno da dependência em contexto familiar, realizados em Portugal. Esta opção prende-se com considerar-se ser mais pertinente aludir a resultados obtidos em contextos mais próximos ao deste estudo.

Desta forma, em alguns dos subcapítulos deste trabalho, são descritos, com algum pormenor, resultados de estudos exploratórios já publicados, que integram projetos mais alargados sobre a caracterização do fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar nos concelhos de Lisboa, Paços de Ferreira e Porto, assim como, de outro estudo realizado nas sub-regiões do Cávado (a norte) e do Ave (a sul), por ter utilizado o mesmo instrumento de recolha de dados, o formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”, para a efetivação de uma parte dessa investigação.

3.1 Proporção de Famílias Clássicas que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado

No total de 1491 entrevistas realizadas a famílias clássicas do concelho da Maia, 125 responderam integrar uma pessoa dependente no autocuidado, pelo que a proporção de famílias que integravam uma pessoa dependente no autocuidado era de 8,38%. As freguesias que apresentavam a proporção de famílias com um maior número de dependentes eram as freguesias de Silva Escura (33,33%), São Pedro de Fins (20%) e Vila Nova da Telha (16,07%), sendo as freguesias de Avioso São Pedro (2,08%), Nogueira (2,86%), Pedrouços (3,28%) e Maia (4,21 %), as que tinham a proporção de famílias com menor número de dependentes (Tabela 17).

TABELA 17: Proporção de famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado por freguesia

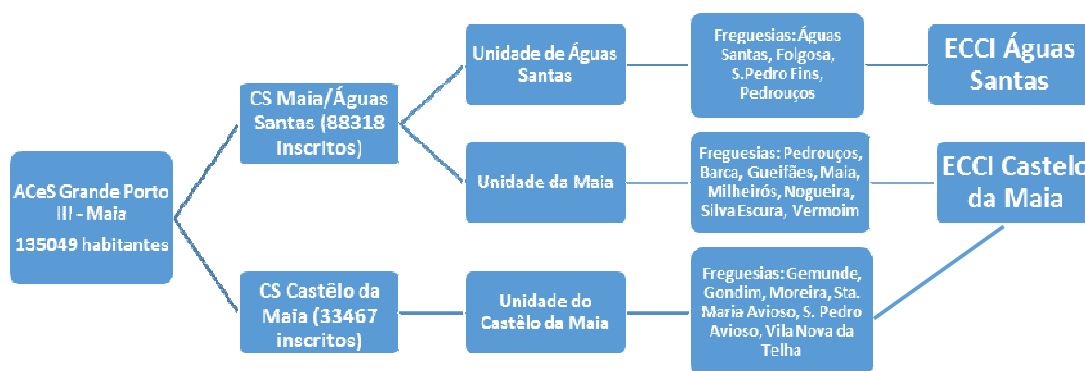
Freguesias do Concelho da Maia	Total de entrevistas	Integra Dependente		Proporção de famílias que integram dependentes
		Não	Sim	
Águas Santas	265	251	14	5,28%
Avioso (Santa Maria)	83	76	7	8,43%
Avioso (São Pedro)	48	47	1	2,08%
Barca	24	22	2	8,33%
Folgosa	32	28	4	12,50%
Gemunde	48	45	3	6,25%
Gondim	36	31	5	13,89%
Gueifães	162	155	7	4,32%
Maia	95	91	4	4,21%
Milheirós	38	35	4	10,53%
Moreira	118	101	17	14,41%
Nogueira	70	68	2	2,86%
Pedrouços	122	118	4	3,28%
São Pedro Fins	30	24	6	20,00%
Silva Escura	48	32	16	33,33%
Vermoim	160	149	11	6,88%
Vila Nova da Telha	112	94	18	16,07%
Total	1491	1366	125	8,38%

Na tentativa de compreender o porquê da maneira como se apresenta a distribuição da proporção de famílias com dependentes no autocuidado por freguesia, parece, numa primeira análise, poder associar-se às características socioculturais das famílias que vivem em meio rural, como é o caso das freguesias de Silva Escura, S. Pedro Fins, Gondim, Folgosa e Vila Nova da Telha, freguesias que têm a maior proporção de famílias a tomarem conta das pessoas dependentes. A freguesia de Moreira, em que a proporção de famílias que integram dependentes no autocuidado é de 14,41%, detém uma das maiores zonas industriais do país, mas não deixa de manter, atualmente, as peculiaridades de uma localidade com identidade rural.

Considerando-se relevante conhecer como é que esta população está coberta pelos cuidados de saúde primários, expõe-se na figura 3, a sua organização.

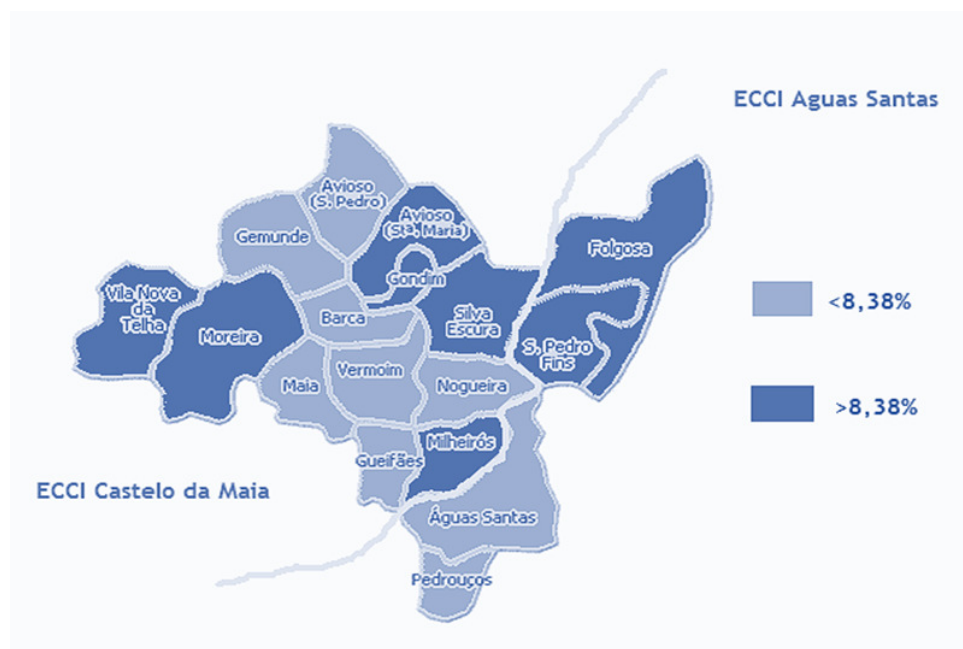
No que se refere à rede dos cuidados de saúde primários, o concelho da Maia integra o AceS Grande Porto III – Maia/Valongo, tendo dois centros de saúde: o centro de saúde da Maia/Águas Santas com duas unidades de saúde, Maia e Águas Santas com um total de 88318 pessoas inscritas, e o centro de saúde do Castelo da Maia com uma única unidade de saúde, a do Castelo da Maia com 33476 inscritos (portaria n.º 310/2012). Cada um destes centros de saúde integra, desde 2011, uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): a de Águas Santas e a de Castelo da Maia. Olhando para o número de freguesias que cada uma abrange, poder-se-á referir que não estará adequada a área territorial atribuída. À ECCI de Castelo da Maia pertencem todas as freguesias referentes às unidades de saúde da Maia e do Castelo da Maia, enquanto a ECCI de Águas Santas, agrega unicamente, as quatro freguesias da unidade de saúde de Águas Santas.

FIGURA 3: Organização dos cuidados de saúde primários no concelho da Maia



Atentando nos dados obtidos sobre a proporção de famílias que integram dependentes no autocuidado e na organização das ECCI's (Figura 4), verifica-se que, embora as freguesias de Folgosa (12,5%) e S. Pedro de Fins (20%) apresentem percentagem superior a 8,38%, são as freguesias de Siva Escura (33,33%), Vila Nova da Telha (16,07%), Moreira (14,41%), Gondim (13,89%) e Milheirós (10,5%) que concentram maior proporção de famílias com pessoas dependentes no autocuidado. Poder-se-á concluir que, muito provavelmente, esta assimetria na alocação das freguesias por ECCI, refletir-se-á na equidade dos cuidados de saúde prestados às pessoas dependentes e no acompanhamento das famílias.

FIGURA 4: Distribuição das freguesias com a proporção de famílias que integram dependentes no autocuidado, por ECCI



Do conhecimento já produzido sobre o fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar em Portugal, por estudos realizados e tornados públicos a partir de 2011, constata-se que a proporção de famílias que integram membros dependentes no autocuidado no concelho da Maia (8,38%) é inferior aos restantes concelhos com exceção de Lisboa (7,95%), (Costa, 2013); no concelho Paços de Ferreira é de 11,7% (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011), no concelho do Porto 10,41% (Silva, 2011) e em Matosinhos 9,5% (Campos, 2011).

3.2 Caracterização Sociodemográfica das Famílias Clássicas que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado

Do total das 125 famílias que integravam dependentes no autocuidado e que aceitaram responder à parte I: Inquérito preliminar do formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”, somente 98 famílias participaram na resposta à totalidade do formulário (Parte I: Inquérito preliminar e Parte II: Formulário PDC), pelo que, os resultados que se apresentam, de seguida, estão relacionados com esse número. No entanto, nem sempre o total de N corresponde a 98, devendo-se esta situação à presença de “missings” que, em alguns casos se relacionam com a não aplicabilidade de determinados itens do formulário e com a vontade dos participantes em responder.

3.2.1 Tipo, Rendimentos e Número de Elementos dos Agregados Familiares

A família clássica com dois núcleos é o tipo de família mais representativa com 45,4%, o rendimento de 501 a 1000 €/mês é auferido pelo maior número de famílias (38,8%), e 27,7% das famílias são constituídas por 3 elementos (Tabela 18).

TABELA 18: Caracterização das famílias clássicas: tipo, rendimentos e número de elementos

Tipo de família	N	%
Clássica sem núcleos	6	6,2
Clássica com um núcleo	40	41,2
Clássica com dois núcleos	44	45,4
Clássica com três núcleos	7	7,2
Total	97	100
Rendimento do agregado familiar / mês	N	%
Menos de 250	-	-
De 251 a 500 euros	20	20,4
De 501 a 1000 euros	38	38,8
De 1001 a 2000 euros	31	31,6
De 2001 a 5000 euros	9	9,2
Mais de 5000 euros	-	-
Total	98	100
Número de elementos que constituem a família	N	%
1	2	2,1%
2	24	25,5%
3	26	27,7%
4	15	16,0%
5	16	17,0%
6	7	7,4%
7	1	1,1%
8	2	2,1%
9	1	1,1%
Total	94	100

Relativamente ao tipo de família, os concelho de Lisboa, Porto e Paços de Ferreira integram, maioritariamente, o tipo de família com um núcleo, respetivamente com 57,7% (Martins, 2011), 67% (Silva, 2011) e 61,8% (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011), verificando-se, ainda, que o tipo de família com dois núcleos atinge 12,7% em Lisboa (Martins, 2011), 5% no Porto (Silva, 2011) e 21,5% em Paços de Ferreira (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011). Estes dados contrastam com os do concelho da Maia (45,4% das famílias com dois núcleos e 41,2% com um núcleo) e com os das sub-regiões do Cávado e Ave em que 46,2% das famílias têm um núcleo e 45,7% com dois núcleos (Petronilho, 2013).

Poder-se-ia estar à espera de encontrar nos concelhos mais urbanos famílias menos numerosas, e que veio a verificar-se nos concelhos de Lisboa e Porto. No entanto, o concelho de Paços de Ferreira é o que apresenta a segunda maior percentagem de famílias com um núcleo. Tal, poderá estar relacionado com o facto de ser um concelho maioritariamente jovem, e as freguesias que integram maior número de pessoas dependentes no autocuidado corresponderem às cidades com maior densidade

populacional como são os casos das cidades de Freamunde e Paços de Ferreira e às vilas de Frazão e Carvalhosa (INE, 2001).

No que diz respeito ao rendimento do agregado familiar/mês, é interessante reconhecer que o concelho de Paços de Ferreira é aquele em que a maioria das famílias (38,1%) recebe entre 1001 e 2000€ (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011). Nos restantes concelhos, a maioria das famílias tem o rendimento entre 501 e 1000 €, assim como, metade das famílias das sub-regiões do Cávado e Ave (Petronilho, 2013).

É, também, de salientar que há famílias que têm rendimento mensal inferior a 500 euros: 32,8% no concelho do Porto (Silva, 2011), 20,4 % no concelho da Maia, 17,6% no concelho de Lisboa (Martins, 2011) e 5% das famílias do concelho de Paços de Ferreira (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011) e 18,4% das famílias nas sub-regiões do Cávado e Ave (Petronilho, 2013). Esta situação traduz o agravamento da insuficiência de rendimento das pessoas em risco de pobreza (INE, 2012).

O número de pessoas, três, que constituem a maioria dos agregados familiares está conforme o valor (2,8%) indicado nos Censos de 2001 (INE, 2002).

3.2.2 Alojamento

A maioria dos agregados familiares (81,6%) habita em moradia. Em 56,5% dos edifícios não há necessidade de fazer reparações, facto consentâneo com a informação do INE (2011) em que 71% dos edifícios não necessita de reparação. Quanto à acessibilidade a PMC, verifica-se que 53,7% dos edifícios constituem-se como barreira ambiental à promoção da acessibilidade, situação sobreponível ao que se passa no resto do país, pois pelos Censos (INE, 2011) foi identificado que a maioria dos edifícios não é acessível. O número médio de divisões por alojamento é de seis e o número médio de ocupantes é de três pessoas.

É de assinalar (Tabela 19) que existem duas famílias que habitam em dois alojamentos improvisados, que não foram construídos para habitação, pelo que as condições dos mesmos não satisfazem inteiramente as condições de habitabilidade, sendo de precariedade de construção (INE, 2001).

TABELA 19: Caracterização das famílias clássicas: alojamento

Edifício de alojamento familiar	N	%
Clássico: apartamento	16	16,3
Clássico: moradia	80	81,6
Clássico: outro tipo	1	1,0
Não clássico	1	1,0
Total	98	100
Características do alojamento	N	%
Acessibilidade a PMC	38	46,3
Água canalizada	90	95,7
Instalação de banho ou duche	94	100,0
Aquecimento	35	38,0
Retrete	94	100,0
Necessidade de reparação do alojamento	N	%
Muito grandes	1	1,1
Grandes	4	4,3
Médias	13	14,1
Pequenas	22	23,9
Nenhumas	52	56,5
Total	92	100

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Área útil do alojamento	50	500	147,52	71,959
N.º de divisões do alojamento	1	12	6,33	1,978
N.º de ocupantes do alojamento	1	9	3,58	1,471

Estas características do alojamento são bastante similares a outros estudos.

No entanto, ir-se-á destacar o tipo de edifício em que a família habita e a questão da acessibilidade. Assim, a maioria (91,4%) das famílias do concelho de Lisboa habita em apartamento e 90,3% não possui acessibilidade a PMC (Martins, 2011), verificando-se situação análoga no concelho do Porto em que as famílias habitam, maioritariamente, em apartamentos (48,4%) e 92,4% não é acessível a PMC (Silva, 2011).

No concelho de Paços de Ferreira, 83,5% das famílias habita em moradia e 72,6% dos edifícios não tem acessibilidade a PMC (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011).

Como pode analisar-se, é nos concelhos com maior área rural que a maioria das famílias tem como habitação a moradia, Maia e Paços de Ferreira, resultado semelhante encontrado no estudo de Petronilho (2013): 87,6% das famílias habitam em moradia.

3.2.3 Caracterização Sociodemográfica das Pessoas Dependentes no Autocuidado

Do total da amostra de 98 das pessoas dependentes no autocuidado do concelho da Maia, a maioria (72,2%) é do sexo feminino, tem uma média de idade de 72,2 anos, 51% é casada e 40,6% viúva, 58,5% tem de escolaridade o 1º ciclo do ensino básico e 92,8% é pensionista/reformada. A forma como se instalou a dependência foi gradual em

64,6% do total das pessoas e em 35,4% de forma súbita, assistindo-se a que estão, em média, há 6,8 anos dependentes no autocuidado. Num dos aspetos relacionados com a condição de saúde, ou seja, o consumo de medicamentos, verifica-se que 98,9% dos dependentes toma medicação, tomando, em média, 7,38 fármacos diariamente e com uma variedade, em média, de 5,92 de fármacos. Por outro lado e, ainda, no que se refere à condição de saúde, as pessoas dependentes recorreram ao serviço de urgência hospitalar, em média, 1,16 vezes por ano e, sofreram um internamento hospitalar, em média, de dois em dois anos (Tabela 20).

TABELA 20: Caracterização sociodemográfica dos dependentes

Sexo	N	%		
Feminino	70	72,2		
Masculino	27	27,8		
Total	97	100		
Profissão	N	%		
Desempregado	1	1,0		
Doméstica	1	1,0		
Estudante	1	1,0		
Operário	1	1,0		
Outra	2	2,1		
Pensionista/reformado	90	92,8		
Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	1,0		
Total	97	100		
Estado civil	N	%		
Casado/união de facto	49	51		
Solteiro	8	8,3		
Viúvo	39	40,6		
Divorciado	-	-		
Total	96	100		
Nível de escolaridade	N	%		
Ensino Básico – 1º ciclo	55	58,5		
Ensino Básico – 2º ciclo	6	6,4		
Ensino Básico – 3º ciclo	3	3,2		
Ensino Superior	4	4,3		
Nenhum	26	27,7		
Total	94	100		
Consumo de medicamentos	N	%		
Sim	93	98,90%		
Não	1	1,10%		
Total	94	100		
Instalação da dependência	N	%		
Gradual	62	64,6		
Súbita	34	35,4		
Total	96	100		
Tempo de Dependência (anos)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	0,08	60	6,8	10,65
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Internamentos no último ano	0	6	0,49	0,888
Variedade de Fármacos	0	17	5,92	3,018
Número de Fármacos nas tomas/dia	0	22	7,38	4,092
Episódios de recursos ao SU, no último ano	0	7	1,16	1,292

A caracterização das pessoas dependentes no autocuidado do concelho da Maia está consentânea com a de outras investigações, havendo contudo aspetos a realçar.

Assim, a menor percentagem (60,33%) de dependentes de sexo feminino é a do concelho de Lisboa (Martins, 2011), encontrando-se valor mais baixo (54,5%) no estudo de Petronilho (2013).

A média de idade das pessoas dependentes varia entre 67,6 anos no concelho de Paços de Ferreira (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011) e 78,44 anos no concelho do Porto (Silva, 2011), constatando-se que no concelho de Lisboa a média de idade das pessoas dependentes é de 72,6 anos (Martins, 2011), valor muito próximo ao obtido na Maia (72,2 anos), sendo de 77,3 anos a das pessoas dependentes das sub-regiões do Cávado e do Ave (Petronilho, 2013).

É no concelho de Lisboa, que a percentagem de viúvos é maior, 51,6% (Martins, 2011), rondando a percentagem de 40% nos restantes estudos.

Relativamente ao nível de escolaridade, há um grande número de pessoas dependentes que não têm nenhum nível de escolaridade: mais de metade nas sub-regiões do Cávado e do Ave (Petronilho, 2013), mais do que 1/3 nos concelhos de Paços de Ferreira e do Porto e cerca de 1/5 no concelho de Lisboa; no concelho da Maia um em cada quatro dependentes é analfabeta. Ao atentar-se na idade média das pessoas dependentes, conclui-se que estas terão nascido na década de 40 do século XX, significando que a sua instrução primária esteve sujeita à política educativa do Estado Novo, ou seja, embora fosse obrigatória a frequência do ensino primário tal não era cumprido (Rosas & Brandão de Brito, 1996).

A instalação da dependência aconteceu de forma gradual em mais de metade das pessoas dependentes de todos os estudos.

Reconhece-se que é no concelho de Paços de Ferreira que as pessoas estão, em média, há mais anos dependentes (11,5 anos) (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011).

Quanto ao consumo de medicamentos (variedade e número de fármacos nas tomas/dia), internamentos e episódio de recurso ao serviço de urgência, os resultados obtidos são análogos.

3.2.4 Caracterização Sociodemográfica dos Membros de Família Prestadores de Cuidados

A tabela 21 contempla a caracterização dos MFPC. Como pode ver-se, há familiares que assumem o papel principal no tomar conta (MFPC principal), ou seja, têm,

a tempo inteiro, a responsabilidade da prestação dos cuidados aos dependentes e o MFPC secundário, que auxilia em algumas tarefas e não de uma forma sistemática o MFPC principal.

Pode verificar-se que as características de ambos são muito semelhantes, pelo que descrever-se-á a caracterização sociodemográfica do MFPC principal.

Os MFPC são expressivamente do sexo feminino (81,3%) em confrontação com o valor de 18,8% do sexo masculino. A circunstância da grande maioria dos MFPC ser mulher reflete a importância que é atribuída ao facto de ser-se mulher e, portanto, ao sexo, na questão da atribuição da responsabilidade de tomar conta dos familiares idosos (Ory, Yee, Tennstedt, & Schulz, 2002 cit. in Montgomery et al., 2007). Este resultado é similar ao de outros estudos realizados sobre a temática dos familiares cuidadores e reflete o que, socialmente e culturalmente é, ainda, construído nas sociedades da Europa ocidental, atribuindo-se à mulher o papel de cuidadora dos membros da família.

Os MFPC têm, em média 55,3 anos, a maioria (86,3%) habita com o familiar dependente e o grau de parentesco mais representativo é filho(a) (42,1%) e marido/esposa (29,5%). Da totalidade dos MFPC, 38,1% é pensionista/reformado e 21,7% está no desemprego. Em relação ao estado civil, 73,9% é casado ou em união de facto e 50% possui o 1º ciclo do ensino básico. É, no entanto de assinalar, o facto de haver MFPC com idade de 86 anos, o que fará prever ainda um maior obstáculo na efetividade dos cuidados à pessoa dependente; cerca de ¼ dos MFPC está desempregado, o que faz supor as possíveis dificuldades económicas do agregado familiar com as repercussões na aquisição dos produtos básicos do dia-a-dia.

Os dados encontrados, em nada surpreendem, pois os estudos realizados na área de familiares cuidadores têm revelado que são mulheres, esposas e filhas/noras com a idade a rondar os 55 anos, reformadas, com baixa escolaridade e a coabitar com o familiar dependente que, maioritariamente, assumem o exercício do papel de tomar conta (Brito, 2002; Martins, 2004; Martins, Ribeiro & Garret, 2004; Lage, 2005, 2007; Martins, 2006; Petronilho, 2007, 2011, 2013; Louro, 2009; Araújo, 2010; Ferraz Pereira, 2011; Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Maia, 2012; Queirós, 2012; Silva, 2012; Costa, 2013).

TABELA 21: Caracterização sociodemográfica dos MFPC

Caracterização sociodemográfica		MFPC Principal			MFPC Secundário		
		N.º	%	N	N.º	%	N
Sexo	Feminino	78	81,3	96	6	40,0	15
	Masculino	18	18,8		9	60,0	
Idade	Média	55,34	-	98	53,7	-	15
	Máximo	86			70		
	Mínimo	22			27		
	Desvio padrão	15,253			12,8		
Profissão	Agricultor	1	1,0	97	-	-	15
	Desempregado	21	21,6		1	6,7	
	Doméstica	18	18,6		3	20,0	
	Especialista/profissões intelectuais/científicas	2	2,1		1	6,7	
	Operadores	1	1,0		1	6,7	
	Operários	1	1,0		1	6,7	
	Pessoal administrativo	1	1,0		-	-	
	Pensionista/reformado	37	38,1		5	33,3	
	Pessoal dos serviços e vendedores	1	1,0		-	-	
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	5	5,2		1	6,7	
	Trabalhadores não qualificados	9	9,3		2	13,3	
Estado civil	Casado/união de facto	68	73,9		9	69,2	13
	Solteiro	11	12,0		1	7,7	
	Viúvo	4	4,3	92	1	7,7	
	Divorciado	9	9,8		2	15,4	
Coabita	Sim	63	86,3	73	9	60,0	12
	Não	10	13,7		3	20,0	
Nível de escolaridade	Ensino Básico – 1º ciclo	49	50,0	96	9	60,0	15
	Ensino Básico – 2º ciclo	13	13,5		-	-	
	Ensino Básico – 3º ciclo	15	15,6		3	20,0	
	Ensino secundário	5	5,2		-	-	
	Ensino Superior	12	12,5		2	13,3	
	Nenhum	3	3,1		1	6,7	
Parentesco	Afinidade	7	7,4	95	2	14,3	14
	Filho (a)	40	42,1		7	50,0	
	Irmão (a)	1	1,1		-	-	
	Marido/esposa	28	29,5		2	14,3	
	Outra	4	4,2		1	7,1	
	Pai/mãe	7	7,4		-	-	
	Sem grau de parentesco	8	8,4		2	14,3	

3.3 Caracterização da Dependência no Autocuidado

A caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado das pessoas dependentes, em contexto familiar, foi realizada através da análise dos dados obtidos com a aplicação do formulário, concretamente com as escalas relacionadas com os onze domínios do autocuidado: Tomar Banho; Vestir-se e despir-se; Alimentar-se; Arranjar-se; Uso de sanitário; Elevar-se; Virar-se; Transferir-se; Usar cadeira de rodas; Andar; Tomar medicação. Assim, avaliou-se numa escala de tipo Likert de 1 a 4, o nível de dependência de cada uma das atividades que integram cada domínio do autocuidado, procedendo-se do seguinte modo:

- Dependente, não participa (score 1) – pessoa totalmente dependente, não sendo capaz de realizar a atividade em análise;
- Necessita de ajuda de pessoa (score 2) – pessoa cuidada inicia e/ou completa a atividade em análise com a ajuda de uma pessoa;
- Necessita de equipamento (score 3) – pessoa cuidada é capaz de realizar a atividade em análise, mas com auxílio de equipamento adaptativo, não necessitando de ajuda de qualquer pessoa;
- Completamente independente (score 4) – pessoa cuidada sem qualquer tipo de dependência na realização da atividade em análise.

Após ter-se apurado a frequência do tipo de dependência por cada atividade do autocuidado, partiu-se para a computação do nível ou grau global de dependência das pessoas cuidadas, relativamente a cada domínio do autocuidado. Assim, consideraram-se os itens “não nulos” ou “aplicáveis” a cada um dos casos, e tendo em atenção os scores obtidos, foram aplicados os seguintes critérios, de forma sequencial, para computar-se o nível ou grau global da dependência de cada domínio de autocuidado:

- Dependente, não participa – casos que obtiveram score 1 em todos os itens aplicáveis da escala;
- Completamente independente – casos que obtiveram score 4 em todos os itens aplicáveis da escala;
- Necessita de equipamento – casos não incluídos nos itens anteriores; que só necessitam de equipamento; apresentaram em alguns itens scores >2, podendo em alguns dos itens ter score 4;

- Necessita de ajuda de pessoa – os casos que não foram categorizados em nenhuma das alíneas anteriores foram incluídas nesta.

Na Tabela 22, estão contemplados os níveis globais de dependência em cada um dos tipos de autocuidado, podendo observar-se que, na globalidade, as pessoas dependentes em contexto familiar, apresentam um alto nível ou grau de dependência no autocuidado. Fazendo o somatório das percentagens dos score 1 (dependente, não participa) e do score 2 (necessita da ajuda de uma pessoa), verifica-se, que mais de 90% das pessoas necessita da ajuda de uma pessoa para Alimentar-se, Tomar Banho, Vestir-se e despir-se e Andar. Mas, a leitura dos resultados, indica ainda, uma outra situação que é de facto, reveladora da grande dependência no autocuidado: nos autocuidados Transferir-se e Elevar-se, mais de metade das pessoas dependentes só poderá mover-se de um local para outro e levantar parte ou a totalidade do corpo, caso tenha a ajuda de uma pessoa e, cerca de 40% das pessoas dependentes não consegue Virar-se, ou seja, mover o corpo de um lado para o outro, a não ser com o auxílio do MFPC.

TABELA 22: Níveis globais de dependência em cada um dos tipos de autocuidado

Domínios do Autocuidado	Dependente, não participa (1)		Necessita da ajuda de uma pessoa (2)		Necessita equipamento (3)		Completamente independente (4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alimentar-se	16	16,3	77	78,6	1	1,0	4	4,1
Tomar Banho	37	37,8	55	56,1	2	2,0	4	4,1
Vestir-se e despir	24	24,5	66	67,3	1	1,0	7	7,1
Andar	20	20,6	68	70,1	3	3,1	6	6,1
Arranjar-se	25	25,5	62	63,3	0	0	11	11,2
Usar cadeira de rodas	20	57,1	9	25,7	0	0	6	17,1
Tomar medicação	28	28,6	51	52,0	0	0	19	19,4
Uso de sanitário	23	23,7	47	48,5	3	3,1	24	24,7
Transferir-se	22	22,9	33	34,4	9	9,4	32	33,3
Elevar-se	22	22,4	33	33,7	11	11,2	32	32,7
Virar-se	20	20,4	20	20,4	2	2,0	56	57,1

No sentido de facilitar o reconhecimento imediato do tipo e grau de dependência no autocuidado das pessoas cuidadas, apresenta-se o gráfico 1. A representação dos dados no gráfico permite identificar prontamente que o nível de dependência no autocuidado é alto.

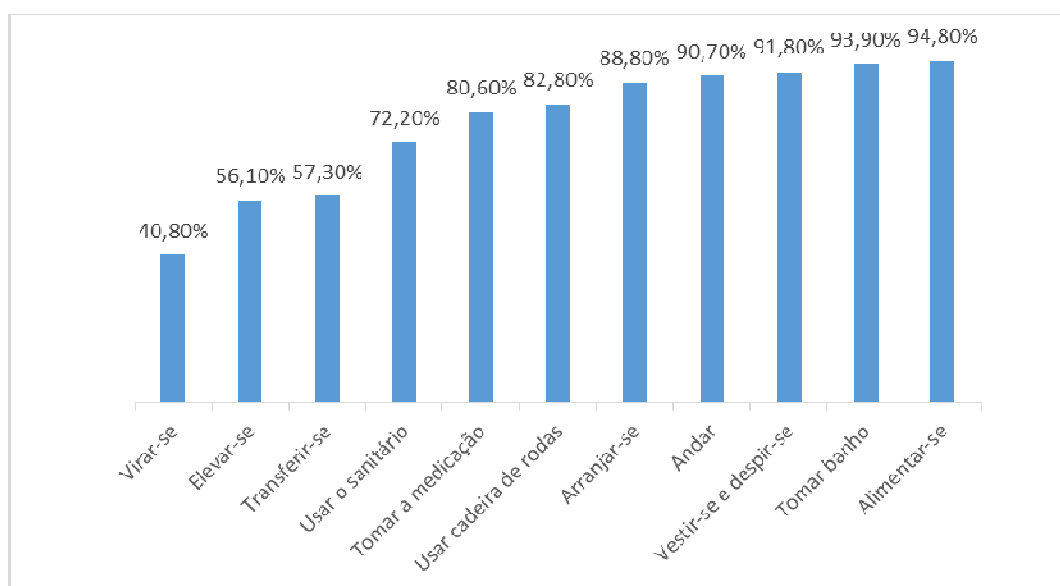
Realça-se que, a menor percentagem corresponde a mais de 1/3 de pessoas que necessita de ajuda para Virar-se, o que quer dizer que, pelo menos, este número de pessoas participa na realização de muitas poucas atividades em todos os autocuidados e que, uma em cada duas pessoas não consegue, por si só, elevar-se e transferir-se. Poder-se-á afirmar que este número de pessoas estará “acamada”.

O autocuidado que assume maior percentagem é o Alimentar-se, em que 94,8% do total das pessoas têm que ter o apoio de uma pessoa para poderem Alimentar-se, ou

seja, embora até algumas delas possam levar o alimento à boca, dependem, no entanto, de alguém para o acesso ao alimento.

O autocuidado Usar cadeira de rodas apresenta uma percentagem elevada (82,80%), o que poderá estar relacionado com um menor número de casos.

GRÁFICO 1: Percentagem de pessoas com necessidade de ajuda de pessoas, parcial ou total, por tipo de autocuidado



A tabela 23 mostra o nível global e agregado de dependência, obtido pelo mesmo procedimento utilizado para a computação dos níveis globais de dependência em cada um dos tipos de autocuidado, considerando todos os itens dos autocuidados.

Da leitura da tabela 23, sobressai que as 98 pessoas que constituem a totalidade da amostra deste estudo sobre o fenómeno da dependência em contexto familiar, do concelho da Maia, apresentam um elevado nível global de dependência, pois precisam da ajuda do MFPC para o cumprimento de uma quantidade considerável de atividades de autocuidado, havendo oito pessoas que estão completamente dependentes em todos os autocuidados. Nota-se, igualmente, que não há nenhuma pessoa que recorra a equipamento no sentido de possibilitar a sua autonomia em atividades de autocuidado, reforçando assim, o alto grau de dependência que as pessoas têm para a realização do seu autocuidado.

Perante esta situação, coloca-se uma questão muito premente no tipo de resposta que os serviços de saúde deverão dar para colmatarem as necessidades em cuidados de saúde das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado.

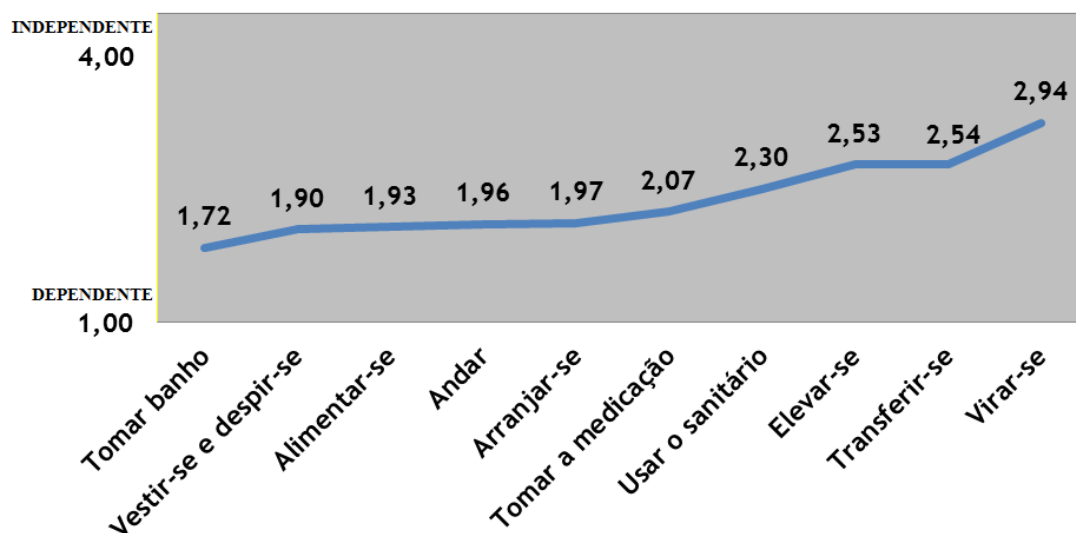
TABELA 23: Nível global e agregado de dependência

Scores	N	%
Score 1 – Dependente não participa	8	8,2
Score 2 – Necessita de ajuda de pessoas	90	91,8
Score 3 – Necessita de equipamento	0	0
Score 4 – Completamente independente	0	0
Total	98	100

Decidiu-se, também, aferir o valor médio do autocuidado geral. Para tal, fez-se a computação do score geral de cada caso baseado na média de todos os itens das diversas escalas de avaliação da dependência no autocuidado. Com base na média dos scores de cada domínio do autocuidado chegou-se ao valor médio do autocuidado geral que é de 2,19. O valor encontrado realça, mais uma vez, o nível elevado de dependência no autocuidado. Nota-se que os autocuidados Tomar banho (1,72), Vestir-se e despir-se (1,90), Alimentar-se (1,93), Andar (1,96), Arranjar-se (1,97), Tomar a medicação (2,07) apresentam valores inferiores ao valor médio do autocuidado geral, enquanto os autocuidados Usar sanitário (2,30), Elevar-se (2,53), Transferir-se (2,54) e Virar-se (2,94) mostram valores superiores ao do autocuidado geral (Gráfico 2). Embora os últimos autocuidados referidos, atinjam valores superiores ao valor do autocuidado geral, é necessário destacar que tal circunstância remete para a existência de um conjunto de pessoas que, além de ser dependente nos restantes autocuidados, permanece continuamente na cama sem ter sequer capacidade para alterar a sua posição no leito. Significa isto, que há um número substancial de pessoas que não tem capacidade para sair da cama, ou seja, que requer cuidados de forma contínua e sistemática.

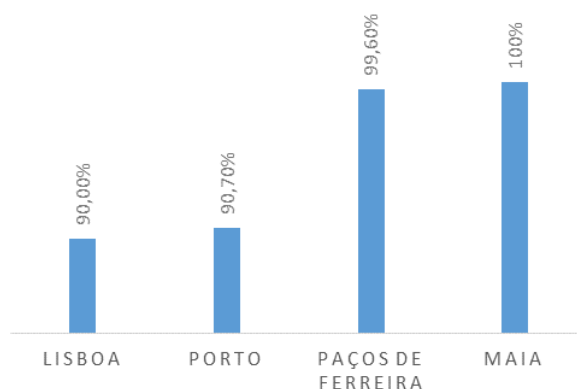
Prevê-se ser crucial que a intervenção profissional dos enfermeiros se faça de uma forma mais intensa, quer em cuidados diretos às pessoas dependentes quer no apoio aos MFPC. O enfermeiro em contexto domiciliário tem uma ação fundamental na instrução e supervisão dos MFPC para a prevenção de potenciais complicações relacionadas com os processos corporais do DF e para promover o equilíbrio na saúde do familiar cuidador.

GRÁFICO 2: Distribuição das médias de scores por domínio de autocuidado



Ao observar-se o gráfico 3, constata-se que o nível global e agregado de dependência é igual ou superior a 90%. Revela-se, assim, que uma parte substancial das pessoas dependentes de todos os concelhos requer cuidados de enfermagem.

GRÁFICO 3: Nível global e agregado de dependência de autocuidado por concelho



Recorrendo-se ao nível global de dependência de cada domínio de autocuidado e, tendo em atenção os quatro autocuidados que agregam maiores percentagens, verifica-se como pode ler-se na Tabela 24, que existe uma similitude nos quatro concelhos. É, também de salientar que no autocuidado Virar-se, os valores percentuais rondam entre os 20% e 40% dos casos e não têm capacidade para Elevar-se e Transferir-se entre 30% e 60% dos dependentes.

TABELA 24: Nível global de dependência por domínio de autocuidado e por concelho

MAIA		PAÇOS DE FERREIRA		PORTO		LISBOA	
Alimentar-se	94,8	Tomar medicação	92,4	Usar cadeira de rodas	95,4	Usar cadeira de rodas	82,4
Tomar banho	93,9	Alimentar-se	83,8	Alimentar-se	72,6	Arranjar-se	70,7
Vestir-se e despir-se	91,8	Arranjar-se	83	Arranjar-se	71,9	Tomar banho	70
Andar	90,7	Tomar banho	82,8	Tomar banho	70,8	Vestir-se e despir-se	65,8
Transferir-se	57,3	Transferir-se	44	Transferir-se	31,4	Transferir-se	31,2
Elevar-se	56,1	Elevar-se	37,8	Elevar-se	31,1	Elevar-se	30,1
Virar-se	40,8	Virar-se	29,9	Virar-se	23,6	Virar-se	22,1

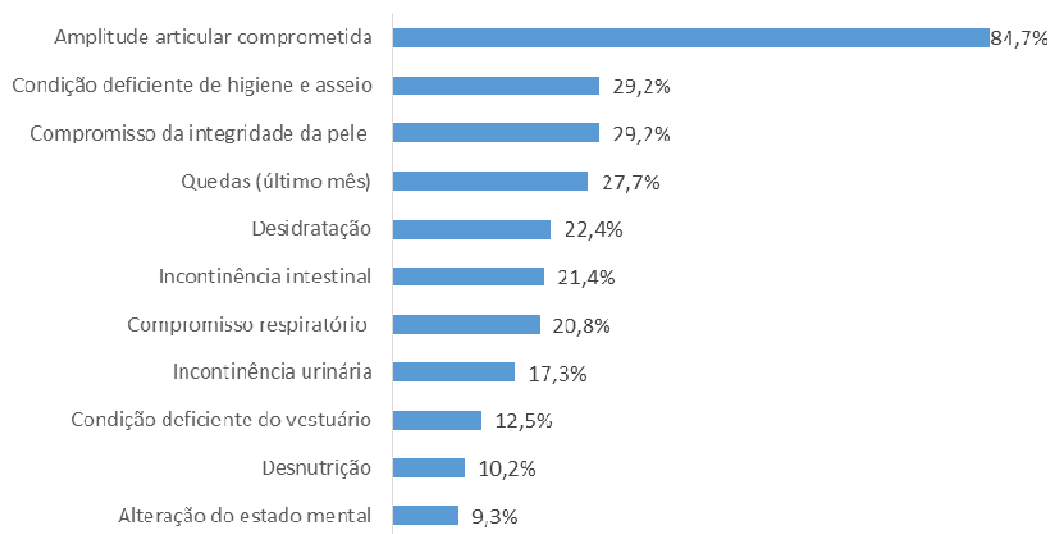
3.4 Condição de Saúde da Pessoa Dependente no Autocuidado

A avaliação da condição de saúde da pessoa dependente foi realizada através de um conjunto de indicadores, enquanto sinais aparentes de compromisso nos processos corporais, com incidência em focos de atenção no domínio das funções do corpo que assumem maior impacto no fenómeno da dependência do autocuidado. Assim, a caracterização da condição de saúde fez-se relativamente à desidratação, desnutrição, rigidez articular, úlcera de pressão, processo respiratório, deglutição e estado mental. A identificação do compromisso em cada um dos processos corporais resultou da avaliação de um conjunto de sinais, considerando-se haver compromisso no caso da presença de, pelo menos, um desses sinais.

O gráfico 4 apresenta os resultados no que diz respeito à caracterização da condição de saúde da pessoa dependente do concelho da Maia. Destaca-se com o maior valor percentual (84,7%) a amplitude articular comprometida, o que indica que, das 98 pessoas dependentes 85 encontram-se com rigidez articular, sendo o comprometimento articular dos joelhos o mais expressivo. A seguir, o valor percentual mais alto (29,20%) corresponde, igualmente, à deficiente condição de higiene e asseio e compromisso da integridade da pele. Relativamente ao número de quedas no último mês, constata-se que, 27,7% das pessoas sofreram quedas, o que quer dizer que uma pessoa em cada quatro teve uma queda, por mês. A incontinência intestinal está presente em 21,40% das pessoas dependentes e 17,30% tem incontinência urinária. O registo de valores percentuais semelhantes em sinais aparentes de desidratação (22,4%), incontinência intestinal (21,40%) e incontinência urinária (17,30%) remete para a interdependência destes fatores no compromisso da integridade da pele (29,2%), em que foi registada a existência de úlceras de pressão e eritema da fralda. De realçar, pela importância que assume o processo corporal sistema respiratório na manutenção da vida, a existência de 20,8% de pessoas dependentes com limpeza das vias aéreas comprometida, havendo

11,5% das pessoas dependentes com a deglutição comprometida. A alteração do estado mental está presente em 9,3% dos casos. É, ainda de destacar as diferenças encontradas nos indicadores Desidratação (22,4%) e Desnutrição (10,2%), que podem alertar para crenças dos MFPC sobre “não deixar passar fome” os DF e o desconhecimento sobre a importância da hidratação. Metade dos MFPC tem de escolaridade o 1º ciclo, o que fará prever haver défice de informação, que a equipa de saúde terá de colmatar.

GRÁFICO 4: Percentagem de pessoas dependentes no autocuidado com sinais aparentes de alteração/défice na condição de saúde



Nos concelhos de Lisboa e Porto, regista-se, tal como na Maia, que é a Amplitude articular comprometida/rigidez articular que agrega o maior valor percentual em relação aos restantes sinais aparentes de alteração/défice na condição de saúde: no Porto 63,2% (Silva, 2012) e em Lisboa 62,7% (Costa, 2013). No estudo de Petronilho (2013), 63,1% das pessoas dependentes apresentam rigidez articular.

A rigidez articular é um sinal de limitação da mobilidade das pessoas, pelo que é considerado como um indicador da qualidade dos cuidados que são prestados às pessoas que não são autónomas funcionalmente (Pereira, 2007). Desta forma, a circunstância de a maioria das pessoas dependentes no autocuidado apresentarem rigidez articular, revela que os cuidados que recebem não são os adequados. A manutenção da amplitude articular, no que é esperado para cada caso, é conseguida através de cuidados realizados por enfermeiros que integram as ECCI's. Provavelmente, há que ponderar a reestruturação da organização das ECCI's e, igualmente, o número de utentes atribuídos a cada enfermeiro.

No concelho da Maia, os sinais de Deficiente condição de higiene e asseio e Compromisso da integridade da pele aparecem em segundo lugar, com o mesmo valor percentual (29,2%) enquanto, quer no Porto quer em Lisboa, o sinal Alteração do estado mental é aquele que aparece em segundo lugar com maior valor percentual: no Porto 33,6% dos casos apresentam compromisso nas funções cognitivas e em Lisboa 29,2%. O valor percentual mais baixo, encontrado no concelho de Lisboa, é o que corresponde à percentagem de pessoas dependentes com compromisso respiratório (8,1 %) e no concelho do Porto refere-se a sinais de desnutrição com cerca de 5,3% dos casos. Já no concelho da Maia o valor percentual mais baixo (9,3%) refere-se ao sinal Alteração do estado mental.

3.5 Perceção da Autoeficácia do Membro de Família Prestador de Cuidados para Tomar Conta

Os dados que permitiram a avaliação da PAE do MFPC face à dependência do familiar cuidado, foram obtidos com a aplicação da escala de avaliação da PAE dos MFPC, que é parte integrante do formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”, instrumento utilizado, nesta investigação, para a recolha de dados. A escala é constituída por subescalas que resultam de uma matriz estrutural que, em função dos vários domínios do autocuidado, inclui indicadores que definem os processos de cuidar em que o MFPC se sente competente, de acordo com os estudos realizados por Schumacher e colaboradores (2000). Para cada um dos processos de competência definidos por Schumacher e colaboradores (2000) que são Monitorizar, Interpretar, Decidir, Agir, Ajustar, Aceder, Providenciar cuidados, Trabalhar com a pessoa dependente, Negociar, estão elencados um conjunto de indicadores específicos à avaliação da PAE do MFPC.

Como já foi referido no capítulo da metodologia, o instrumento de recolha de dados foi elaborado pela Unidade de Investigação da ESEP e, resultante do trabalho desenvolvido, os investigadores decidiram agrupar os indicadores referentes aos processos de cuidar Monitorizar e Interpretar, por encontrarem-se muito relacionados entre si.

A avaliação da PAE dos MFPC foi feita numa escala de tipo Likert de quatro pontos com a seguinte correspondência: 1 – incompetente; 2 – pouco competente; 3 – medianamente competente; 4 – muito competente. Para realizar-se a análise estatística, numa primeira etapa, fez-se a computação de um score médio para cada uma das

subescalas da PAE, para cada um dos casos em estudo. O score médio decorreu do cálculo da média, ignorando os nulos, dos itens de cada uma das subescalas de PAE. A partir do score médio calculado para cada caso, fez-se a reconversão para um nível global de PAE numa lógica de escala ordinal. Com base em quatro intervalos equidistantes, foram definidos que os scores médios entre 1-1,75 inclusive correspondia ao nível incompetente; de 1,75 a 2,5 inclusive ao nível pouco competente; de 2,5 a 3,25 inclusive à ordem medianamente competente; e de 3,25 a 4 ao nível muito competente.

A tabela 25 indica a caracterização da PAE global que o MFPC tem para tomar conta, por domínio do autocuidado. Pode constatar-se que a grande maioria considera-se medianamente competente e muito competente para tomar conta do familiar dependente, verificando-se assim, uma percentagem muito pequena de MFPC que se sente incompetente.

É de realçar, contudo, que $\frac{1}{4}$ dos MFPC considera-se incompetente e pouco competente para Virar e 16,5% dos MFPC para Transferir. Estes resultados poderão, em boa parte, fazer compreender os resultados dos indicadores Compromisso da integridade da pele (29,2%) e Quedas (27,7%), referidos no subcapítulo da condição de saúde da pessoa dependente. Mas, há ainda, que olhar estes resultados na perspetiva da manutenção da saúde do MFPC. Para virar na cama e transferir uma pessoa da cama para a cadeira e vice-versa, sem causar danos, a nível do sistema músculo-esquelético, requer o conhecimento de técnicas apropriadas e treino.

Observa-se que metade dos MFPC se sente medianamente competente para dar medicação. Sabendo-se que os DF tomam, em média, 7,38 fármacos por dia e com uma variedade, em média, de 5,92, e que há casos, que requerem a avaliação da glicemia capilar e administração da insulina, não pode deixar de equacionar-se sobre a possibilidade de não estarem a ser respeitados os princípios de segurança que envolve a execução desta atividade. Esta, será com certeza, uma das áreas em que os enfermeiros terão que fazer a instrução e o treino dos MFPC.

A evidência científica tem demonstrado que os enfermeiros, quer em contexto hospitalar quer em contexto comunitário, não fazem de uma forma regular e sistemática a preparação do familiar para tomar conta de um dependente no autocuidado, assim como, não fazem a supervisão dos cuidados prestados e o apoio ao MFPC (Araújo, 2010; Brito, 2012; Costa 2013; Ferraz Pereira, 2011; Louro, 2009; Pereira, 2007; Petronilho, 2007, 2013).

TABELA 25: Caracterização da PAE global do MFPC por domínio de autocuidado

Domínios do Autocuidado	Incompetente (1)		Pouco competente (2)		Medianamente e competente (3)		Muito competente (4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alimentar-se	0	0,0	8	8,2	42	42,9	48	40,0
Tomar Banho	3	3,1	6	6,1	37	37,8	52	53,1
Vestir-se e despir	2	2,1	3	3,1	32	33,3	59	61,5
Andar	0	0,0	9	10,3	45	51,7	33	37,9
Tomar medicação	0	0,0	10	10,3	49	50,5	38	39,2
Uso de sanitário	1	1,1	7	7,4	40	42,6	46	48,9
Transferir-se	1	1,1	14	15,4	44	48,4	32	35,2
Virar-se	7	7,3	17	17,7	46	47,9	26	27,1

Na tabela 26, pode ler-se a distribuição dos MFPC pelo nível de PAE global em função dos processos de cuidar, definidos por Shumacher e colaboradores (2000).

É de notar, que a grande maioria dos MFPC se posiciona entre muito competente e medianamente competente em todos os processos de cuidar. Há, no entanto, a referir que, os processos de cuidar que agregam maior percentagem de MFPC que se reconhece pouco competente são Decidir (12,2%), Aceder a recursos (11,2%), Trabalhar em parceria com o familiar cuidado (11,2%) e Ajustar (10,2%).

TABELA 26: Caracterização da PAE global do MFPC por processos de cuidar de Shumacher

Processos de cuidar	Incompetente (1)		Pouco competente (2)		Medianamente e competente (3)		Muito competente (4)		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Monitorizar	1	1,0	8	8,2	45	45,9	44	44,9	98
Aceder a recursos	2	2,0	11	11,2	40	40,8	45	45,9	98
Agir	0	0,0	9	9,2	41	41,8	48	49,0	98
Ajustar	0	0,0	10	10,2	38	38,8	50	51,0	98
Decidir	0	0,0	12	12,2	38	38,8	48	49,0	98
Negociar com os serviços de saúde	4	4,2	8	8,4	39	41,1	44	46,3	95
Providenciar cuidados	0	0,0	9	9,2	39	39,8	50	51,0	98
Trabalhar em parceria com o familiar cuidado	0	0,0	11	11,2	40	40,8	47	48,0	98

Como pode notar-se na tabela 27, Caracterização da PAE global do MFPC, quer para os domínios de autocuidados quer para os processos de cuidar de Shumacher, nenhum dos 98 MFPC se considera incompetente para tomar conta do familiar dependente, 50% (N=49) dos MFPC considera-se muito competente, 40,8% (N=40) medianamente competente e pouco competente cerca de 9,0% (N=9).

TABELA 27: Caracterização da PAE global do MFPC

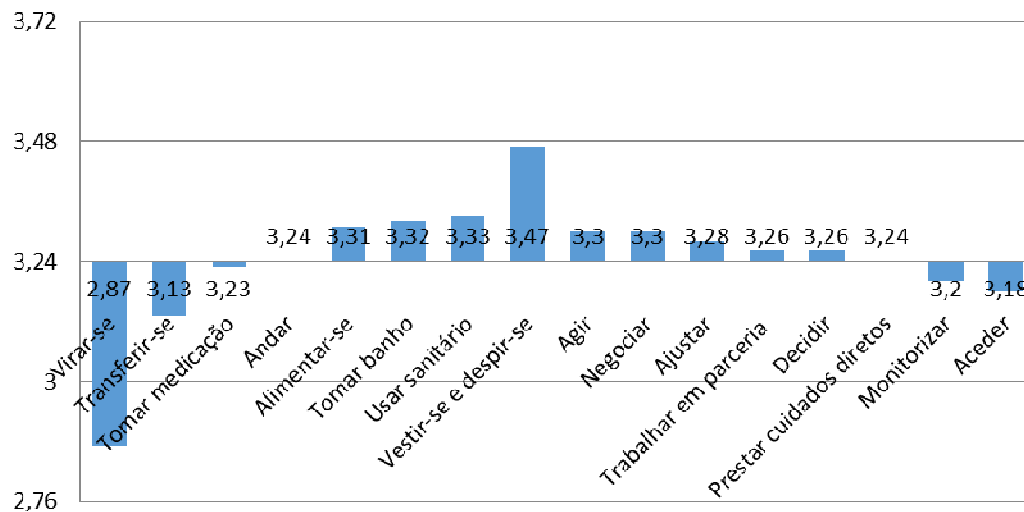
Perceção global do MFPC	N	%
Incompetente	0	0,0%
Pouco competente	9	9,2%
Medianamente competente	40	40,8%
Muito competente	49	50,0%
Total	98	100%

O gráfico 5 representa a PAE do MFPC por domínio de autocuidado e por processos de cuidar em função do nível médio de PAE global do MFPC. Como pode ver-se no gráfico, face ao valor da média global de PAE (3,24, ou seja, medianamente competente), estão alinhados numa posição superior ou inferior a esta, os domínios de autocuidado e os processos de cuidar, de acordo com os valores das médias da PAE do MFPC, obtidas em cada um deles.

No que diz respeito aos domínios de autocuidado, as médias da PAE do MFPC para Vestir-se e despir-se, Usar sanitário, Tomar banho e Alimentar-se são superiores à média global, sendo inferiores as médias de PAE do MFPC para os autocuidados Andar, Tomar medicação, Transferir-se e Virar-se. Salienta-se que o domínio de autocuidado em que o MFPC se sente mais competente é para vestir e despir o seu familiar dependente (M=3,47-muito competente) enquanto que é no virar a pessoa dependente que o MFPC se reconhece menos competente (M=2,87- medianamente competente).

Relativamente aos processos de cuidar descritos por Shumacher e colaboradores (2000), as médias que são superiores à média global da PAE do MFPC relacionam-se com o Agir, Negociar, Ajustar, Trabalhar em parceria com o familiar dependente, Decidir. Os processos Aceder, Monitorizar e Prestar cuidados ao familiar dependente apresentam médias inferiores à média global. Analisa-se que a PAE do MFPC para Agir e Negociar apresenta a média mais alta (M=3,3 – muito competente) e para Aceder a recursos é o processo em que o MFPC se sente menos competente (M=3,18 – medianamente competente).

GRÁFICO 5: PAE do MFPC por domínio de autocuidado e por processos de cuidar em função do nível médio de PAE global do MFPC



Os resultados obtidos no concelho da Maia são praticamente sobreponíveis com os do concelho do Porto das sub-regiões do Cávado e do Ave.

Relativamente à PAE global dos MFPC verificou-se que, no concelho do Porto, a grande maioria (83,8%) diz ser muito competente e (12,6%) medianamente competente (Queirós, 2012), e nas sub-regiões do Cávado e do Ave medianamente competente (58,7%) e muito competente (32,1%) (Petronilho, 2013). Os autocuidados em que se sentem menos competentes para tomar conta são, em primeiro lugar, Virar-se, seguido de Tomar medicação e Transferir-se e, em relação aos processos de cuidar é Aceder a Recursos (Queirós, 2012); resultados semelhantes encontrados por Petronilho (2013) em que Virar-se, Usar sanitário, Transferir-se e Tomar medicação têm médias mais baixas do que a média global de PAE. Já nos processos de cuidar, Trabalhar em parceria com o DF apresenta a média mais baixa.

Tem vindo a ser revelado que os MFPC referem sentir maior dificuldade na concretização de cuidados diretos aos DF (Louro, 2009) e, particularmente, nos cuidados de higiene e no transferir da cama/cadeira e cadeira/cama (Laje, 2007), estando, também, patente nos valores inferiores à média da PAE global dos MFPC nos domínios de autocuidado Virar-se e Transferir-se. Para virar e transferir uma pessoa que está “acamada” o MFPC tem que possuir o conhecimento de técnicas facilitadoras para o fazer, assim como, “treinar” com supervisão da equipa de saúde para adquirir autoconfiança e segurança na sua execução. E é com certeza o enfermeiro do contexto comunitário que, de uma forma sistemática, deve apoiá-lo. Reconhece-se, contudo que a

preparação e supervisão para o exercício do papel de prestador de cuidados ainda não é uma prática profissionalizada pelos enfermeiros (Petronilho, 2010).

3.6 Cuidados Prestados pelo Membro de Família Prestador de Cuidados

Os cuidados que os MFPC prestam têm a ver com as funções de saúde, proporcionando os cuidados para proteção da saúde e do bem-estar dos dependentes familiares, integrando, assim, um conjunto de atividades da vida diária que os dependentes familiares, por si só, não conseguem realizar.

A caracterização dos cuidados prestados pelo MFPC foi feita de acordo com as dimensões que a seguir se mencionam, consideradas essenciais para a compreensão da forma como os cuidados são assegurados pelo MFPC, sendo:

- Intensidade dos cuidados prestados pelo MFPC ao DF – relaciona-se com a frequência diária, semanal e mensal com que as atividades dos diversos domínios do autocuidado são realizados pelo MFPC à pessoa dependente. Assim, por exemplo: “Quantas refeições fornece ao seu familiar? (n.º de vezes/dia); “Com que frequência limpa os ouvidos ao seu familiar?” (n.º de vezes/semana) “Com que frequência leva o seu familiar a passear/sair de casa, na cadeira de rodas? (n.º de vezes/mês). Para a operacionalização deste tipo de variáveis recorreu-se a uma escala quantitativa. A operacionalização das outras variáveis que permitiram apurar, igualmente, a intensidade dos cuidados prestados em atividades complementares, foi feita através de uma escala tipo Likert com três pontos: distinguindo-se com o score de 1 a resposta Nunca, com score 2 Às vezes e com score 3 a resposta Sempre. Dão-se como exemplo as seguintes questões: “Respeita a dieta aconselhada?”; “Utiliza equipamentos de prevenção de quedas?”;

- Cuidados de Incentivo à autonomia do DF – refere-se às atividades que as pessoas dependentes realizam a nível dos vários autocuidados, quando estimuladas pelo MFPC a concretizá-las. Como exemplos, indicam-se os seguintes “Incentiva o seu familiar a lavar as zonas do corpo de que é capaz?”; “Incentiva o seu familiar a levantar-se (pôr de pé)?”. A operacionalização das variáveis foi feita numa escala tipo Likert com três pontos, atribuindo-se o score de 1 a Nunca; score de 2 a Às vezes e score de 3 a Sempre;

- Decisão sobre os cuidados à pessoa dependente – reporta-se a quem cabe a decisão da escolha para a efetivação de atividades dos autocuidados, sendo a

operacionalização das variáveis realizada através de uma escala nominal com quatro hipóteses de resposta: a pessoa dependente; o prestador de cuidados; enfermeiro; outro. Citam-se, como exemplo, algumas das questões formuladas: “Quem decide o horário de mudança de posição e a posição a adotar?”; “Quem decide a utilização da cadeira de rodas?”;

- Local onde são prestados os cuidados – refere-se às divisões da habitação e produtos de apoio usados pelo MFPC na efetivação de algumas atividades ao DF, relacionadas com certos domínios de autocuidado, como por exemplo: “Em que local o seu familiar faz as refeições?”; “Em que local o seu familiar evacua/urina?”. Cada uma das variáveis, na sua globalidade, foram operacionalizadas numa escala nominal, com três a quatro hipóteses de resposta de acordo com a questão colocada. Assim, para o primeiro exemplo supracitado: cama; sala de jantar/cozinha; outro. Em relação ao segundo exemplo, a escala era constituída por: fralda; arrastadeira; sanita; outro.

Os subcapítulos seguintes apresentam os resultados obtidos, de acordo com cada uma das dimensões referenciadas.

3.6.1 Intensidade dos Cuidados Prestados pelo Membro de Família Prestador de Cuidados ao Dependente Familiar

Para apurar-se a intensidade dos cuidados procedeu-se primeiro ao estudo da frequência diária, semanal e mensal com que os cuidados são prestados pelo MFPC ao **DF**, recorrendo-se à análise descritiva das frequências e percentagens; a partir das respostas obtidas, identificou-se o percentil 50 de cada e atribuiu-se o score 1 aos valores inferiores ao valor do percentil 50 e score 2 aos valores iguais ou superiores ao do percentil 50; criando-se esta variável ordinal a cada caso foi atribuído o score 1 ou 2; com base nestes valores fez-se a computação de uma nova variável, recorrendo à média, ignorando os nulos. A variável quantitativa produzida com valores entre 1 e 2 correspondeu ao Nível médio global da intensidade dos cuidados. Pretendendo identificar-se a Intensidade Global dos Cuidados numa perspetiva ordinal definiu-se com base na variável Nível médio global da intensidade dos cuidados, que os valores compreendidos entre 1 e 1,1650 correspondiam a Intensidade Global dos Cuidados Muito Reduzida; os valores de 1,1650 a 1,2727 a Intensidade Reduzida; os valores situados entre 1,2727 a 1,4042 a Intensidade Moderada e de 1,4042 a 2 valores a Intensidade Elevada.

Apresenta-se, de seguida, a análise descritiva dos cuidados diários.

Como pode ver-se na tabela 28, Frequência dos cuidados diários prestados pelo MFPC ao familiar dependente, destacam-se com as médias mais altas, as atividades relacionadas com o domínio do autocuidado alimentar, respetivamente 4,48 o número de refeições fornecidas e 2,78 Dá água (líquidos) fora das refeições ao DF. De seguida, a média mais elevada recai sobre Lava a cara e as mãos com 2,16. Verifica-se que Realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do DF e Realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do DF são as atividades diárias que menos vezes o MFPC faz ao DF, alcançando respetivamente a média de 0,14 e 0,15.

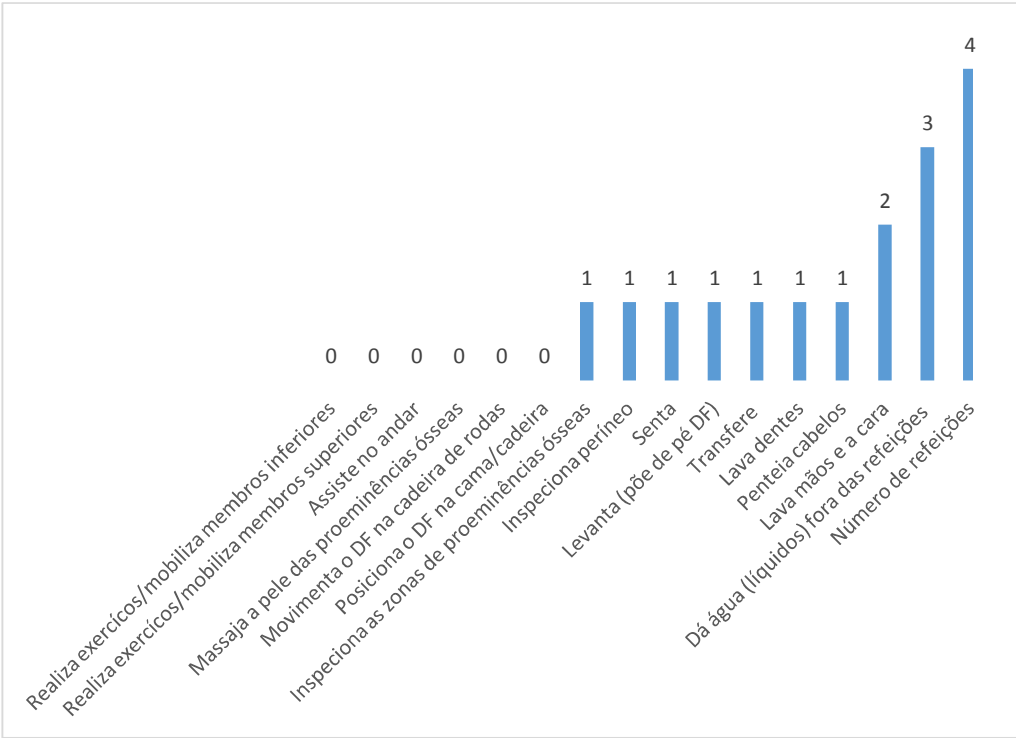
TABELA 28: Frequência dos cuidados diários prestados pelos MFPC ao DF

Cuidados diários prestados pelo MFPC	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Número de refeições que o MFPC fornece ao DF	98	2	6	4,48	,840
Frequência com que o PC assiste o DF na deambulação	96	0	10	1,11	1,857
Frequência com que o PC penteia o cabelo do DF	97	0	4	1,09	,891
Frequência com que o PC lava as mãos e a cara ao DF	97	0	7	2,16	1,505
Frequência com que o PC inspeciona as zonas de proeminências ósseas do DF	98	0	6	,80	1,015
Frequência com que o PC realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do DF	98	0	2	,14	,406
Frequência com que o PC realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do DF	98	0	2	,15	,415
Frequência com que o PC massaja a pele das proeminências ósseas do DF	98	0	6	,58	,907
Frequência com que o PC dá água (líquidos) fora das refeições ao DF	97	0	10	2,78	2,078
Frequência com que o PC inspeciona a pele do períneo do DF	97	0	4	,91	,867
Frequência com que o PC movimenta o DF na cadeira de rodas	47	0	10	,79	1,744
Frequência com que o PC senta o DF	86	0	10	2,05	2,468
Frequência com que o PC levanta (pôr de pé) o DF	84	0	10	2,01	2,486
Frequência com que o PC lava os dentes ao DF	98	0	7	1,11	1,722
Frequência com que o PC posiciona o DF na cama/cadeira	84	0	16	2,13	3,115
Frequência com que o PC transfere o DF da cama para a cadeira/cadeirão	85	0	8	1,86	2,071

Para poder analisar-se a intensidade dos cuidados diários prestados pelo MFPC ao DF, apresenta-se o gráfico 6, recorrendo-se ao percentil 50. Assim, identifica-se que há um conjunto de atividades que os MFPC praticamente não executam (Realiza exercícios/mobiliza membros inferiores e superiores; Assiste no andar; Massaja a pele das proeminências ósseas; Movimenta o DF na cadeira de rodas; Posiciona na cama/cadeira); que há outro grupo de atividades que os MFPC fazem uma vez por dia (Inspecciona as zonas de proeminências ósseas do DF; Inspecciona períneo; Senta; levanta (pôr de pé); Transfere; Lava os dentes; Penteia os cabelos) e, por último destaca-se um terceiro conjunto com três atividades que são mais vezes efetuadas: o MFPC

fornece quatro refeições por dia, dá três vezes água (líquidos) fora das refeições e lava duas vezes a cara e as mãos à pessoa dependente.

GRÁFICO 6: Intensidade dos cuidados diários prestados pelo MFPC ao DF



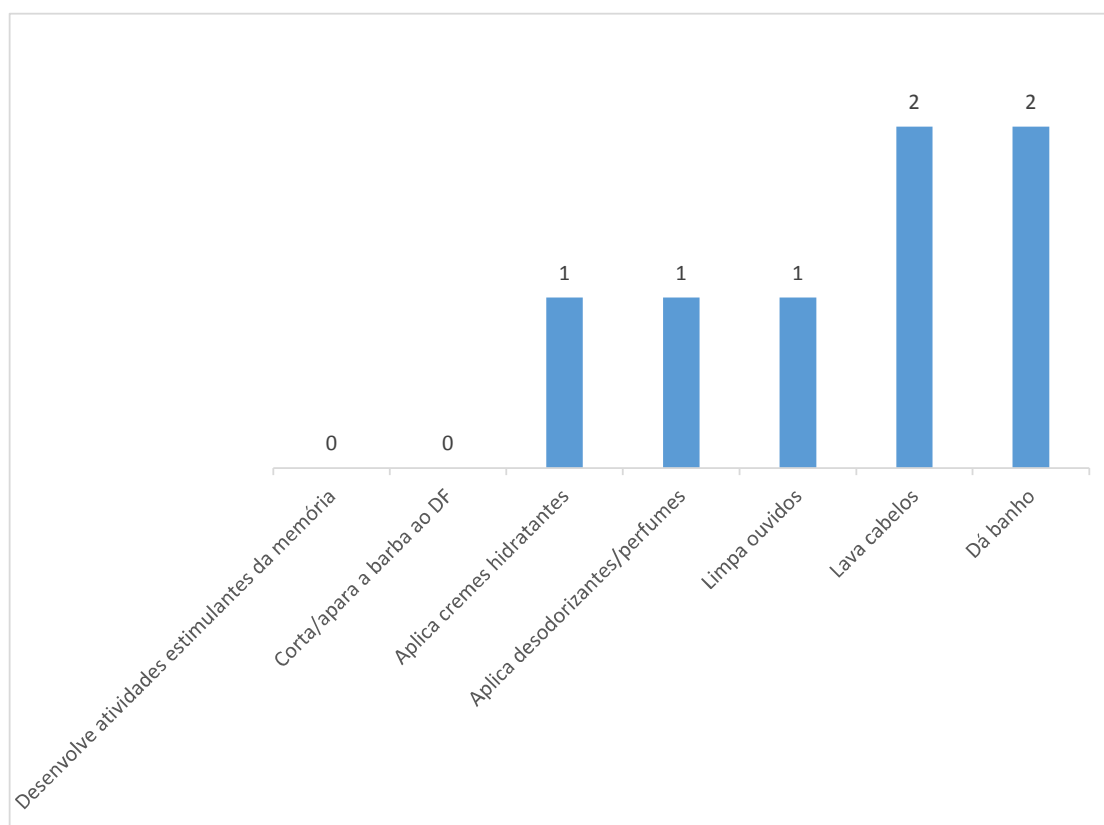
Os resultados relativos à frequência dos cuidados semanais prestados pelo MFPC ao familiar dependente estão patentes na tabela 29. Nota-se que a média mais alta (M=2,76) corresponde ao Dá banho, enquanto Desenvolve atividades estimulantes da memória com o DF é aquela que possui a média menos elevada (M=0,39).

TABELA 29: Frequência dos cuidados semanais prestados pelo MFPC ao DF

Cuidados semanais prestados pelo MFPC	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Frequência com que o PC corta/apara a barba ao DF	55	0	7	1,18	1,887
Frequência com que o PC dá banho ao DF	97	1	7	2,76	1,743
Frequência com que o PC lava o cabelo ao DF	97	1	7	2,36	1,437
Frequência com que o PC desenvolve atividades estimulantes da memória com o DF	98	0	7	,39	1,412
Frequência com que o PC aplica cremes hidratantes ao DF	98	0	8	1,40	1,854
Frequência com que o PC aplica desodorizantes/perfumes ao DF	98	0	8	2,29	2,843
Frequência com que o PC limpa os ouvidos ao DF	98	0	7	2,02	2,076

O gráfico 7 representa a intensidade dos cuidados semanais prestados pelo MFPC ao familiar dependente, aplicado o percentil 50. Pode ver-se que no período de uma semana, o MFPC dá banho duas vezes e, igualmente, lava duas vezes os cabelos à pessoa dependente. Constatase, também, que aplica cremes hidratantes, desodorizantes/perfumes e limpa os ouvidos ao DF uma vez por semana. Acontece, tal como na situação dos cuidados diários, que existem atividades que os MFPC não fazem aos seus familiares, sendo os casos de cortar/aparar a barba e desenvolver atividades estimulantes da memória.

GRÁFICO 7: Intensidade dos cuidados semanais prestados pelo MFPC ao DF



A tabela 30, Frequência dos cuidados mensais prestados pelo MFPC ao familiar dependente, mostra que a média mais alta ($M=2,13$) é referente a Levar a passear/sair, na cadeira de rodas o DF e a média mais baixa ($M=0,24$) pertence a Aplica maquilhagem ao DF.

TABELA 30: Frequência dos cuidados mensais prestados pelo MFPC ao DF

Cuidados mensais prestados pelo MFPC	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Frequência com que o PC arranja as unhas ao PC	98	0	4	1,79	,966
Frequência com que o PC aplica maquiagem ao DF	82	0	10	,24	1,410
Frequência com que o PC leva a passear/sair, na cadeira de rodas o DF	47	0	30	2,13	5,597

No que se refere à intensidade dos cuidados mensais prestados pelo MFPC ao DF, tendo sido aplicado o percentil 50, pode analisar-se, uma vez mais, que há atividades que não são providas pelo MFPC ao familiar dependente como é aplicar a maquiagem e levá-lo a passear/sair na cadeira de rodas, situação esta, que remete para a contínua permanência do DF em casa, visto que requer apoio para deslocar-se na cadeira de rodas. Verifica-se, também, que o MFPC arranja as unhas duas vezes por mês ao DF.

Em relação à intensidade com que os cuidados são prestados pelo MFPC em função da dependência do familiar cuidado, o formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado” utilizado para a recolha dos dados, além de integrar questões que permitiram analisar a intensidade dos cuidados diários, semanais e mensais prestados pelo MFPC ao DF, e já descrita anteriormente, inclui ainda outras questões intituladas “atividades complementares” que levam a poder apurar-se a intensidade com que essas atividades são executadas pelo MFPC.

Assim, pela análise da tabela 31 Intensidade das atividades complementares prestadas pelo MFPC ao DF, verifica-se que há atividades que os familiares dizem executar Sempre, salientando-se os casos de Vestir a roupa adequada à condição antropométrica/dependência do dependente (78,9%); Ajusta o vestuário em função de alterações da temperatura (76,8%); Altera (à revelia da indicação médica) o horário/dose da medicação (75,0%); Esquece-se da dose/administração de medicamentos (71,9%); Ajusta (de acordo com indicação médica) o horário/dose de algum medicamento (67,4%); Solicita a intervenção de um profissional de saúde quando o estado de saúde do dependente se altera (65,3%); Vestir/despe a roupa da parte inferior do corpo do dependente (58,3%).

Existem atividades que o MFPC refere Nunca realizar: Utiliza espessantes/gelatinas quando o dependente tem dificuldade em deglutir (93,8%); Aspira secreções quando o dependente não as consegue expelir (90,7%); Faz pesquisa de fekalomas (83,7%); Leva o dependente ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que o DF não tenha vontade (74%); Dá alimentos à boca (62,8%); Posiciona no sanitário (56,5%) e Utiliza equipamentos de prevenção de quedas (40,8%).

As atividades complementares que o familiar cuidador refere fazer Às vezes são: Ajusta a dieta em função da preferência do dependente (75,5%); Adota decúbitos laterais (67,1%); (Altera a dieta em função da condição nutricional (64,9%); Respeita a dieta aconselhada (51,0%) e Lava os genitais após micções/dejeções (50,0%).

TABELA 31: Intensidade das atividades complementares prestadas pelo MFPC ao DF

Atividades complementares	Nunca (1)		Às vezes (2)		Sempre (3)	
	N	%	N	%	N	%
Dá alimentos à boca	59	62,8	18	19,1	17	18,1
Respeita a dieta aconselhada	1	1,0	50	51,0	47	48,0
Ajusta a dieta em função da preferência do dependente	6	6,1	74	75,5	18	18,4
Altera a dieta em função da condição nutricional	8	8,2	63	64,9	26	26,8
Inclui frutas e legumes na dieta	2	2,0	44	44,9	52	53,1
Utiliza espessantes/gelatinas quando o dependente tem dificuldades em deglutir	90	93,8	5	5,2	1	1,0
Leva o dependente ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que o dependente não tenha vontade	71	74,0	22	22,9	3	3,1
Posiciona no sanitário	52	56,5	23	25,0	17	18,5
Faz pesquisa de fecalomas	82	83,7	14	14,3	2	2,0
Utiliza equipamentos de prevenção de quedas	40	40,8	32	32,7	26	26,5
Aspira secreções quando o dependente não as consegue expelir	88	90,7	6	6,2	3	3,1
Solicita a intervenção de um profissional de saúde quando o estado de saúde do dependente se altera	2	2,0	32	32,7	64	65,3
Adota decúbitos laterais	5	6,1	55	67,1	22	26,8
Lava os genitais após micções/dejeções	1	19,8	48	50,0	29	30,2
Ajusta (de acordo com indicação médica) o horário/dose de algum medicamento	10	10,5	21	22,1	64	67,4
Altera (à revelia da indicação médica) o horário/dose da medicação	-	-	24	25,0	72	75,0
Esquece-se da dose/administração de medicamentos	2	2,1	25	26,0	69	71,9
Veste/despe a roupa da parte superior do corpo do dependente	14	14,6	35	36,5	47	49,0
Veste/despe a roupa da parte inferior do corpo do dependente	8	8,3	32	33,3	56	58,3
Abotoa/desabotoa a roupa do dependente	17	17,7	40	41,7	39	40,6
Veste a roupa adequada à condição antropométrica/dependência do dependente	7	7,4	13	13,7	75	78,9
Ajusta o vestuário em função de alterações de temperatura	7	7,4	15	15,8	73	76,8
Calça/descalça o dependente	10	10,3	24	24,7	63	64,9

3.6.2 Cuidados de Incentivo à Autonomia do Dependente Familiar

Ao consultar-se a tabela 32, Frequência das atividades de incentivo à autonomia do DF pelo MFPC, comprova-se que a maioria dos MFPC incentiva Sempre a autonomia do DF para Utilizar o sanitário (63,8%), Comer sozinho (60%), Sentar-se (47,3%), Levantar-se (44,6%), Preparar/tomar sozinho os medicamentos (43%), Participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão (42,3%), Posicionar-se (41,6%) e Deambular sozinho (40,9%).

Verifica-se que a maior parte dos MFPC incentiva Às vezes a autonomia do DF para Beber água (líquidos) fora das refeições (51%), Vestir-se e calçar-se sozinho (42,7%) e Lavar as zonas do corpo de que é capaz (42,4%).

Sobressai, assim, que cerca de dois terços dos MFPC incentivam Sempre os dependentes familiares a Utilizarem o sanitário e a Comerem sozinhos e, aproximadamente, metade dos familiares cuidadores incentiva Sempre a pessoa dependente a sentar-se e a levantar-se; que a maioria dos MFPC incentiva às vezes o DF a beber água (líquidos) fora das refeições, e que mais de metade Nunca incentiva a autonomia do DF para as atividades Utilizar sozinho a cadeira de rodas e Tossir quando apresenta secreções.

TABELA 32: Frequência das atividades de incentivo à autonomia do DF

Atividades de incentivo à autonomia do dependente familiar	Nunca (1)		Às vezes (2)		Sempre (3)	
	N	%	N	%	N	%
Comer sozinho	18	18,9	20	21,1	57	60,0
Deambular sozinho	34	34,7	21	22,6	38	40,9
Lavar zonas do corpo de que é capaz	21	22,8	39	42,4	32	34,8
Tossir quando apresenta secreções	54	55,1	26	26,5	18	18,4
Beber água (líquidos) fora das refeições	14	14,3	50	51,0	34	34,7
Utilizar sozinho a cadeira de rodas	17	70,8	6	25,0	1	4,2
Levantar-se (por de pé)	19	20,7	32	34,8	41	44,6
Sentar-se	11	12,1	37	40,7	43	47,3
Posicionar-se	24	27,0	28	31,5	37	41,6
Utilizar sanitário	21	22,3	13	13,8	60	63,8
Preparar/tomar sozinho medicamentos	38	40,9	15	16,1	40	43,0
Participar na transferência da cama para cadeira/cadeirão	10	19,2	20	38,5	22	42,3
Vestir-se e calçar-se sozinho	26	27,1	41	42,7	29	30,2

Para poder analisar-se, globalmente, o nível de incentivo (Nunca, Às vezes, Sempre) que os MFPC usam para promover a autonomia dos dependentes familiares, recorreu-se à computação da média, tendo sido obtido o valor de 2,13. Desta forma, pode referir-se que, em média, os MFPC Às vezes incentivam os dependentes familiares para a autonomia no autocuidado.

No que diz respeito aos resultados do concelho de Paços de Ferreira apurou-se que a maioria dos MFPC nunca incentiva os DF a utilizar sozinho a cadeira de rodas (61,3%), a preparar/tomar sozinho medicamentos (51,8%) e a vestir-se e calçar-se sozinho (65,8%); a maior parte dos MFPC incentiva às vezes o DF a levantar-se (42,5%), a sentar-se (44,3%), a lavar as zonas do corpo de que é capaz (49,7%) e a deambular sozinho (41%); o maior número de MFPC incentiva Sempre o DF a comer sozinho (61,4%), a beber água fora das refeições (51,2%), tossir quando apresenta secreções (46,9%), a posicionar-se (41,8%), a utilizar sanitário (66,2%) e participar na transferência da cama para cadeirão/cama (56,1%) (Pereira, 2011).

Assiste-se a alguma concordância entre os MFPC, de ambos os concelhos, no grau de incentivo para a autonomia de algumas atividades. Assim, incentivam sempre o DF a participar na transferência da cama para cadeirão/cama, a utilizar o sanitário, a comer sozinho e a posicionar-se. Para Lavar as zonas do corpo de que é capaz Às vezes o DF é incentivado. Nunca são incentivados pelos MFPC a Utilizar sozinhos a cadeira de rodas.

3.6.3 Decisão sobre os Cuidados Prestados ao Dependente Familiar

No que concerne a quem decide sobre a frequência, o local, o horário da concretização de alguns cuidados ao DF, pode ler-se na tabela 33 que, na sua maioria, são os MFPC que tomam a decisão. Deste modo, 82,7% dos familiares cuidadores decide sobre a composição da dieta, 79,6% dos MFPC sobre a frequência, composição/local das refeições, assim como, a frequência/local do banho é escolhida por 60,2% dos MFPC e 55,1% faz, também, a escolha da roupa que o DF veste.

O **DF** (80,6%) decide o local para urinar/evacuar e, 64,3% dos DF escolhe o horário da mudança de posição e a posição a adotar. Nota-se, ainda, que é DF (60,2%) que decide sobre os períodos/locais para a deambulação e que a transferência da cama para cadeira/cadeirão é decidida por 55,1 % dos dependentes familiares.

TABELA 33: Distribuição das atividades por quem decide a sua concretização

Atividades	Dependente		MFPC		Outro	
	N	%	N	%	N	%
Frequência, composição/local das refeições	20	20,4	78	79,6	-	-
Períodos/locais de deambulação	59	60,2	22	22,4	-	-
Frequência/local do banho	33	33,7	59	60,2	2	2,0
Composição da dieta	17	17,3	81	82,7	-	-
Utilização da cadeira de rodas pelo dependente	12	12,2	19	19,4	-	-
Horário da mudança de posição e a posição a adotar pelo dependente	63	64,3	26	26,5	-	-
Local para urinar/evacuar	79	80,6	16	16,3	-	-
Transferir da cama para cadeirão/cama	54	55,1	29	29,6	-	-
Escolha da roupa para vestir	29	29,6	54	55,1	-	-

3.6.4 Local onde são Prestados os Cuidados

No que diz respeito aos locais onde são prestados os cuidados ao DF, os resultados mostraram que: 75,5% (74) faz as refeições na sala /cozinha, enquanto 21,4% (21) faz as refeições na cama e apenas 3,1% (3) utiliza outro local; a atividade dar banho é executada maioritariamente no Chuveiro/banheira, 74,5% (73), na cama 21,4% (21) e 2,0% (2) em outro local; o local utilizado para evacuar é a sanita, com 70,4% (69) das respostas, seguido da fralda com 24,5% (24) e da arrastadeira com 2,0% (2); a opção outro local foi referido em 3,1% (3) das respostas; para urinar, 68,4% (67) utiliza a sanita, 20,4% (20) a fralda e 10,2% (10) refere utilizar outro local, enquanto 1,0% (1) respondeu a arrastadeira.

Embora a grande maioria dos dependentes familiares às refeições coma na sala/cozinha, tome banho no chuveiro e faça a sua eliminação vesical e intestinal na sanita há, no entanto, um número significativo, cerca de um quarto das pessoas dependentes, que faz as suas refeições na cama, são-lhe prestados os cuidados de higiene na cama e urina/evacua na fralda.

3.7 Recursos Utilizados

Ao nomear-se Recursos, a nível da saúde, estes referem-se a um conjunto de meios, quer humanos quer materiais que, ao serem utilizados, vão favorecer uma melhor qualidade de vida das pessoas que deles precisam ao dar-lhes resposta às necessidades específicas em cuidados de saúde. Assim, na situação das famílias que integram dependentes no autocuidado, a utilização dos serviços de saúde e de serviços de apoio social, de financiamento, de produtos de apoio pode ajudar a promover a reconstrução da autonomia da pessoa dependente no autocuidado, assim como, a facilitar o desempenho no exercício do papel de membro de família prestador de cuidados.

Consideraram-se, nesta investigação, como recursos necessários e utilizados pelas pessoas dependentes no autocuidado e pelos familiares cuidadores, os seguintes:

- Recursos – equipamentos: integram os produtos de apoio que melhoram a funcionalidade e a integração da pessoa dependente no autocuidado e simplificam a prestação dos cuidados dos MFPC. Dão-se como exemplo para a pessoa dependente o “rebordo para prato”, e o “alteador de sanita” e para o MFPC “disco de rotação” e “cama articulada”;

- Recursos complementares: abrangem um conjunto de materiais como os aparelhos para viabilizar a comunicação como o “telemóvel/telefone” e o “dispositivo de chamada”, assim como, outros dispositivos para proporcionar a autonomia como “pinça para alcançar objetos” e “enfia agulhas”;

- Recursos – serviços de apoio: incluem os serviços de apoio quer de âmbito profissional, como são os casos dos apoios do médico, do enfermeiro, quer de âmbito não profissional, como os relativos à ajuda de familiares, vizinhos, por exemplo. Incluem-se, igualmente, nesta área os serviços de apoio relacionados com a prestação de cuidados de higiene, confeção de refeições, entre outros;

- Recursos financeiros: prendem-se com o que as famílias auferem sob o ponto de vista económico, ou seja, com os rendimentos provenientes da pensão/reforma, subsídios e outros, e com os quais têm de gerir as despesas do agregado familiar.

3.7.1 Recursos - Equipamentos

A análise deste tipo de recursos foi realizada por domínio de autocuidado, tendo por base dois aspetos: “necessário” e “utilizado”. O recurso assinalado como “necessário” resultou do juízo profissional do enfermeiro, de acordo com os défices nas atividades de autocuidado da pessoa dependente. A validação de “utilizado” foi feita quando, simultaneamente, o recurso estava a ser efetivamente usado e a sua utilização ser congruente com as limitações apresentadas pela pessoa dependente.

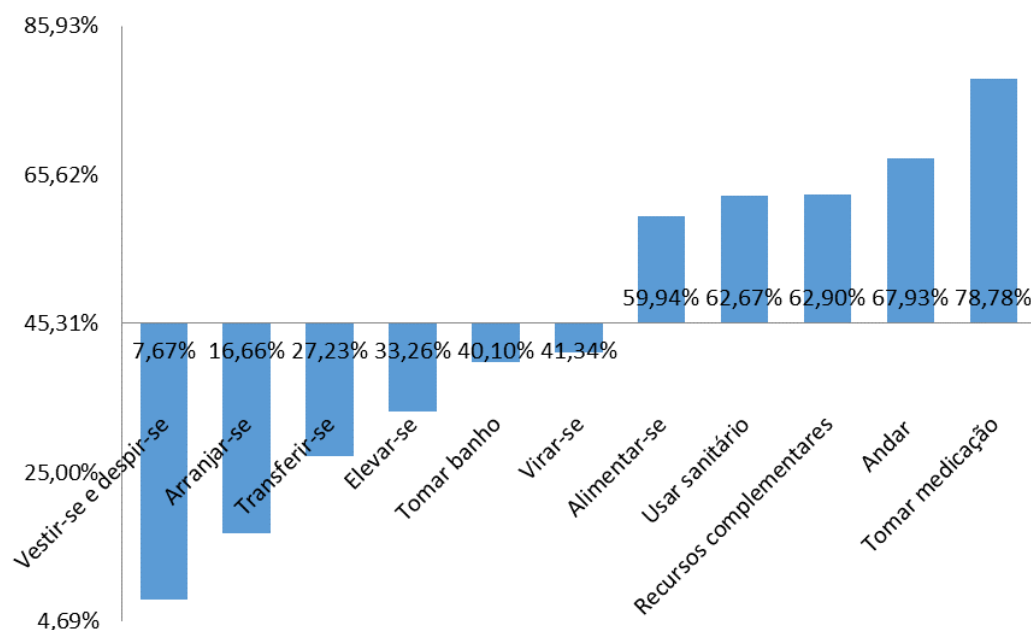
Para obter-se a taxa de utilização de equipamentos considerados necessários por domínio de autocuidado, procedeu-se do seguinte modo: por cada um dos casos constituintes da amostra, analisaram-se os valores absolutos e relativos de cada um dos equipamentos necessários, o número total de pessoas que necessitavam e utilizavam cada um desses equipamentos, seguindo-se o cálculo da taxa de utilização de cada equipamento para o total dos casos que necessitavam desse equipamento. A taxa global de utilização do equipamento considerado necessário, por autocuidado, resultou do cálculo da média dos valores obtidos nas taxas individuais de utilização de cada um dos equipamentos considerados necessários.

A taxa global de utilização dos equipamentos considerados necessários foi calculada tendo por base os valores das taxas de utilização dos equipamentos considerados necessários de todos os autocuidados, sendo o seu valor de 45,31%.

Da análise do gráfico 8, Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários por domínios do autocuidado, face à taxa global, sobressai que os autocuidados Tomar medicação (78,78%), Andar (67,93%), Recursos complementares (62,9%), Usar sanitário (62,67%), Alimentar-se (59,94%) são aqueles que apresentam uma taxa superior à da média global. Pode interpretar-se, mediante estes resultados que, nas atividades essenciais do quotidiano para a preservação da vida e do bem-estar, as pessoas dependentes e os familiares cuidadores tivessem recorrido a dispositivos para manter a autonomia da pessoa dependente. Compreende-se assim, que a taxa do Tomar a medicação seja umas das mais altas, pela importância que assume o regime terapêutico prescrito na manutenção e no equilíbrio da condição de saúde. Entende-se, igualmente, que a pessoa deseje ser independente na sua locomoção, assim como, na sua eliminação e bastar-se a si própria para alimentar-se, valendo-se, por isso mesmo, da utilização de artefactos, determinando deste modo, que as taxas, nestes domínios, venham a mostrar-se mais elevadas. Sabendo-se que os Recursos Complementares contemplam, entre outros, o telefone/telemóvel e o dispositivo de chamada, percebe-se que este seja, também, um dos equipamentos que apresente uma taxa alta, visto ser inerente à pessoa a necessidade de comunicar.

No que se refere aos restantes domínios de autocuidado deteta-se, em todos eles, valores inferiores à taxa global, sendo o Vestir-se e despir-se (7,67%) o que tem valor mais baixo seguido de Arranjar-se (16,66%), resultados que remetem para a substituição da pessoa dependente pelo MFPC na realização destas atividades. Quanto aos Transferir-se (27,23%), Elevar-se (33,26%), Tomar Banho (40,1%) e Virar-se (41,34%) a não utilização dos recursos indicados como necessários terá implicado que o MFPC realizasse sempre em esforço as atividades correspondentes e com a probabilidade de menor conforto e segurança para o DF.

GRÁFICO 8: Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários por domínios do autocuidado, face à taxa global

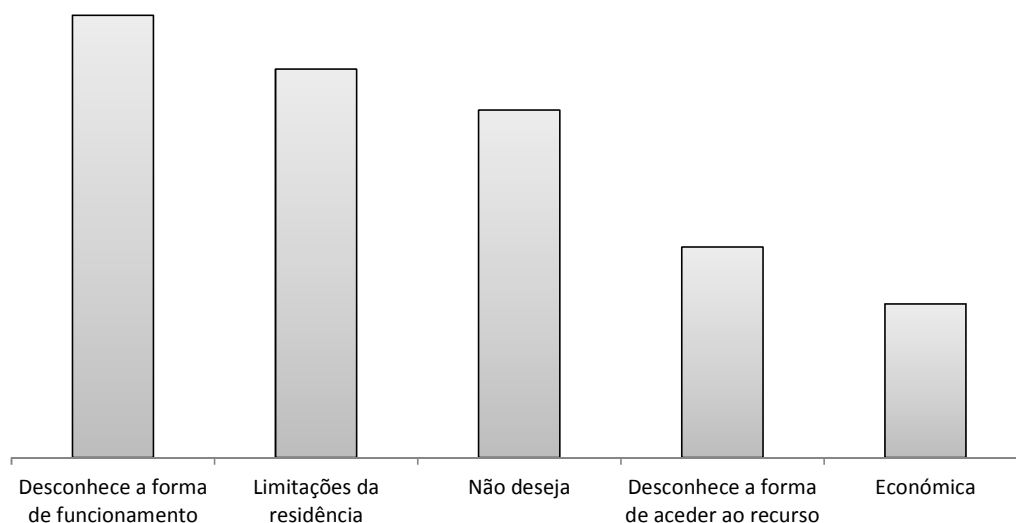


Da análise da taxa utilização dos equipamentos considerados necessários nos concelhos de Lisboa, Paços de Ferreira, Porto e sub-regiões do Cávado e do Ave, respetivamente, verificou-se que são comuns os três domínios de autocuidados com maior taxa de utilização: Andar, Recursos complementares e Tomar medicação (Costa, 2013), Andar, Tomar medicação e Usar sanitário (Leonardo, 2011), Andar, Tomar a medicação e Usar o sanitário (Maia, 2012), Recursos Complementares, Andar, Tomar medicação (Petronilho, 2013). Os quatro domínios de autocuidado com menor taxa de utilização mais comuns são Vestir-se e despir-se, Arranjar-se, Transferir-se e Virar-se.

Como pode observar-se no gráfico 9, a razão que os MFPC elencam, em primeiro lugar, para não utilizarem os equipamentos considerados necessários, relaciona-se com o desconhecimento da forma de funcionamento dos dispositivos de apoio, revelando a inexistência, por parte da equipa de saúde, de informação e instrução adequada sobre os benefícios do uso desses meios para o auxílio na prestação dos cuidados ao DF e, simultaneamente, para a promoção da autonomia do DF. Em segundo lugar, surgem as limitações da residência como impeditivo do uso dos equipamentos, o que seria de esperar-se, pois só em 2001 é que foi aprovada legislação sobre o desenho universal, o que significa que os edifícios construídos anteriormente não tinham de respeitar o princípio da acessibilidade. Não desejar utilizar recursos é, por ordem decrescente, a terceira razão indicada. Ao pensar-se que os MFPC estão, em média, no exercício do

papel há cerca de 7 anos é compreensível que não pretendam alterar a sua forma de prestar os cuidados, pois já estão habituados a fazê-lo daquela maneira. A última razão apontada é a económica, o que não deixa de revelar-se dissonante tendo em atenção que o rendimento per capita/mês do agregado familiar é, em média, de 342 euros.

GRÁFICO 9: Razões para a não utilização de equipamentos considerados necessários



Da análise do gráfico 10, observa-se que as principais fontes de rendimento para suportar as despesas diárias para satisfação das necessidades básicas das famílias que integram dependentes no autocuidado no concelho da Maia, são a reforma/pensão em 93,2% dos casos, 54,1% estão a cargo da família e o complemento de dependência é recebido por 44,8% das famílias. Atendendo a que mais de 50% das pessoas dependentes têm mais de 80 anos não é de admirar que seja a reforma/pensão o recurso económico que atinja o maior valor percentual. Mas, por outro lado, considerando o alto grau de dependência que as pessoas têm para a realização do seu autocuidado, é de refletir que menos de 50% das famílias auferam do complemento de dependência.

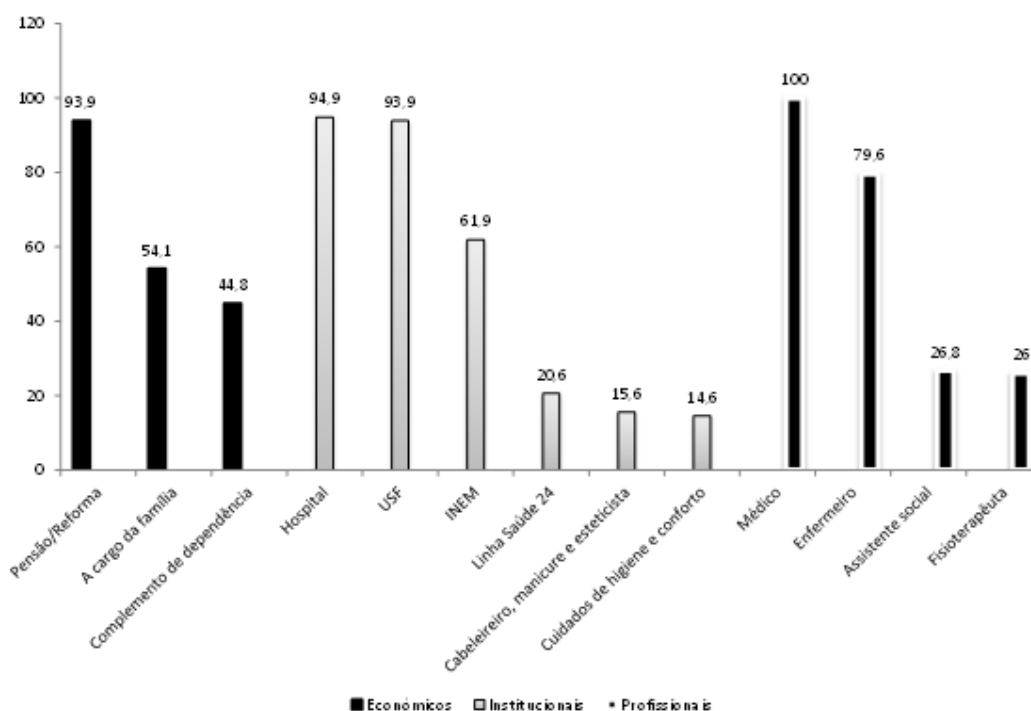
Estando o concelho da Maia integrado na área metropolitana do Porto, usufruindo da proximidade com vários hospitais, assim como, ter sido beneficiado, igualmente, com o desenvolvimento da reforma dos cuidados de saúde primários em que se efetivou o aumento da criação e em atividade de USF, compreende-se que cerca de 95% das famílias recorram ao Hospital e USF para satisfação das suas necessidades em cuidados de saúde.

Os cuidados de higiene e conforto são um recurso utilizado por cerca de 15% das famílias, percentagem reduzida quando se observa que 93,9% dos dependentes familiares requerem ajuda do MFPC para a realização do autocuidado Tomar Banho e

que, a média da idade dos MFPC é de 55,34 anos, havendo, no entanto, MFPC com idade superior a 80 anos. Esta situação poderá ser consequência da equipa de saúde não ter dado informação às famílias, que integram dependentes no autocuidado, sobre a possibilidade de usufruírem deste meio que os aliviaria da realização desta tarefa na assistência do DF.

No que diz respeito aos recursos profissionais, constata-se que o médico é o recurso que as famílias utilizam 100% e o enfermeiro cerca de 80%. Cerca de 26% das famílias recorrem à assistente social e ao fisioterapeuta.

GRÁFICO 10: Recursos económicos, institucionais e profissionais utilizados por mais de 10% das famílias que integram dependentes no autocuidado



Os recursos económicos (pensão/reforma), institucional (Hospital e Centro de Saúde/USF) e profissionais (médico) a que as famílias recorrem em maior percentagem nos concelhos de Lisboa, Paços de Ferreira, Porto e sub-regiões do Cávado e do Ave são sobreponíveis aos dados encontrados no concelho da Maia.

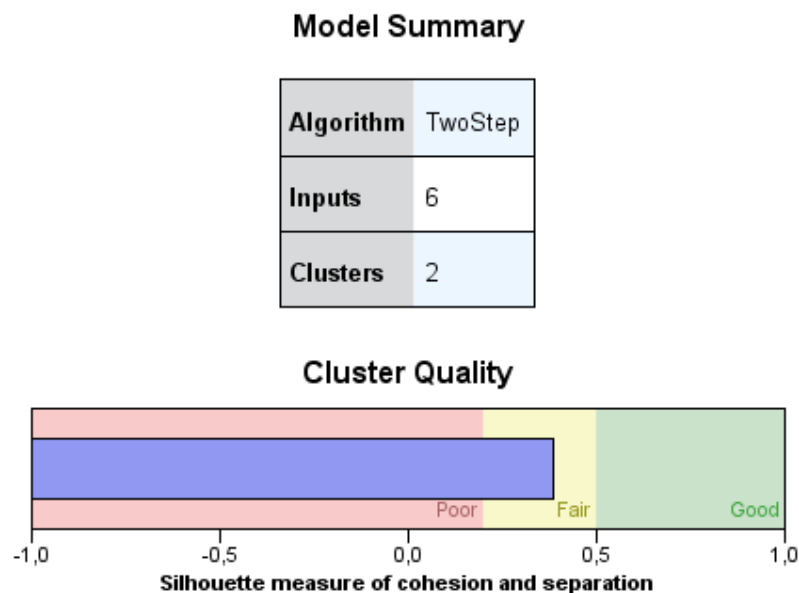
3.8 Caracterização dos Clusters em Função da Dependência no Autocuidado

A análise de clusters é uma técnica exploratória multivariada que permite agrupar casos ou variáveis em grupos homogêneos ou semelhantes em relação a determinadas características, sendo apropriada aquando da exploração dos dados, quando se presume que a amostra não é homogênea (Pestana & Gageiro, 2003). Assim, procura garantir-se que tanto a homogeneidade dentro dos grupos (*clusters*) quanto a heterogeneidade entre os grupos sejam maximizadas.

Ao recorrer-se à análise de clusters, aplicando o algoritmo “two step” pretendeu construir-se um modelo explicativo para identificar grupos que fossem suficientemente distintos entre si; em que cada grupo fosse homogêneo, ou seja, que os casos pertencentes a um grupo fossem mais próximos entre si do que casos pertencentes a outros grupos, em relação às características escolhidas. A análise realizada com o “two step cluster” permitiu encontrar dois perfis na base de dados, sendo assim constituídos dois clusters de acordo com as características das entradas selecionadas, ou seja, com as seguintes variáveis: dependência no autocuidado, condição de saúde da pessoa dependente, intensidade dos cuidados prestados pelo MFPC, cuidados de incentivo à autonomia da pessoa dependente prestados pelo MFPC, percepção de autoeficácia específica do MFPC e a taxa global de utilização dos equipamentos considerados necessários. Com os perfis evidenciados, classificou-se cada caso pertencente a cada grupo.

O gráfico 11 mostra a qualidade da estrutura do modelo cluster obtido, podendo analisar-se pelo resultado da medida de silhueta, próximo de 0,5, ser um modelo regular. O coeficiente de silhueta 1 representa que todos os casos que pertencem ao mesmo cluster estão situados diretamente no centro desse cluster; um valor de -1 significa que todos os casos estão localizados nos centros de fragmentação de outros clusters.

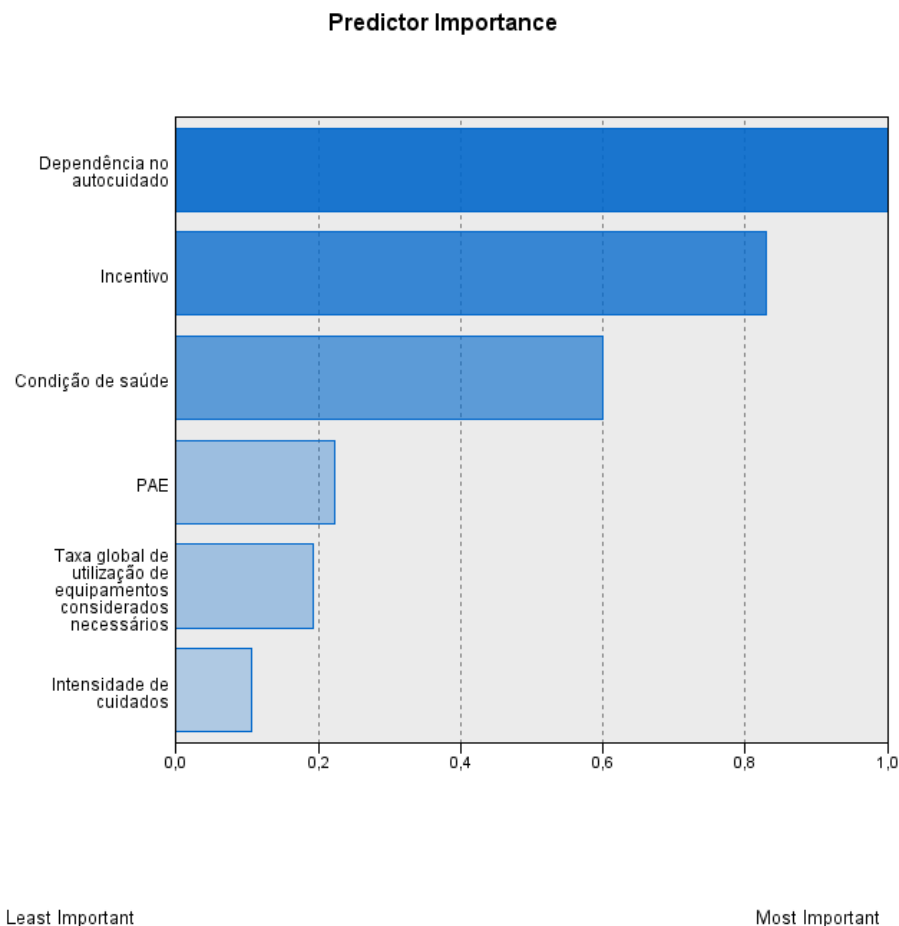
GRÁFICO 11: Qualidade da estrutura do modelo cluster



O modelo mostra a distribuição dos casos por clusters, podendo observar-se que 42 (42,9%) dos casos estão incluídos no cluster 1 e, que o cluster 2 é constituído por 56 (57,1%) dos casos.

Da análise do gráfico 12, destacam-se três variáveis que assumem maior importância na construção do modelo: a dependência no autocuidado, o incentivo à autonomia da pessoa dependente pelo MFPC e a condição de saúde. Mas, como pode ver-se no gráfico, de ente as três, ainda assim, é a dependência no autocuidado que atinge o valor máximo de 1. As três variáveis que se constituem com menor importância na construção do modelo são por ordem decrescente a percepção de autoeficácia específica do MFPC, a taxa global de utilização de equipamentos considerados necessários e a intensidade dos cuidados prestados.

GRÁFICO 12: Distribuição das dimensões pela importância do modelo

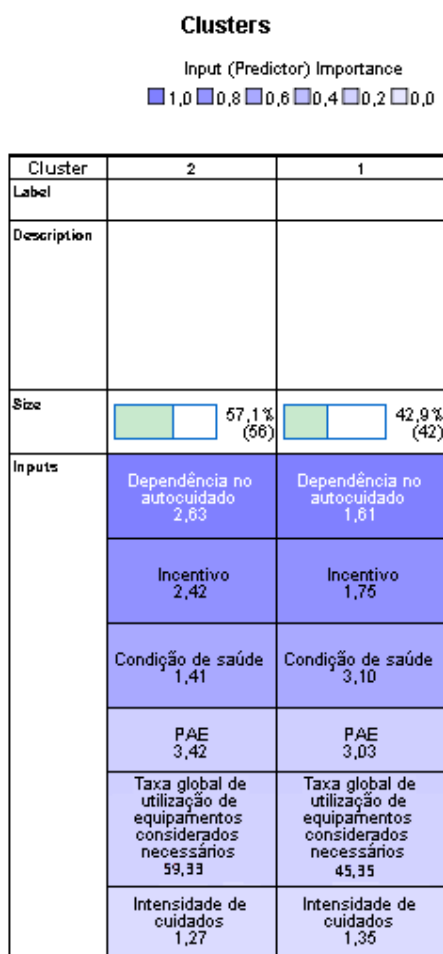


O gráfico 13 expõe a caracterização dos dois clusters por variáveis que foram alvo de comparação interclusters, correspondendo ao total da amostra de 98 casos. Numa análise comparativa entre o cluster 2 e o cluster 1 verifica-se que eles são distintos entre si e que as variáveis principais que contribuíram para a formação do modelo são as que exibem diferenças mais evidentes. Verifica-se que há especificidades singulares em cada cluster que constitui o modelo, determinando assim, que o modelo apresenta dois clusters com particularidades distintas.

O perfil do cluster 2 revela que as pessoas dependentes têm um menor nível de dependência e melhor condição de saúde; que os MFPC incentivam mais os DF para a sua autonomia e a sua PAE é mais elevada; fazem uso de um maior número de recursos na assistência ao DF e as atividades de autocuidado que executam são em menor quantidade.

O perfil do cluster 1 mostra que as pessoas têm um grau maior de dependência no autocuidado e a sua condição de saúde é pior; os MFPC prestam cuidados com mais frequência e fazem menor utilização de equipamentos facilitadores para a prestação de cuidados e para promover a autonomia dos DF, apresentando um PAE mais baixa.

GRÁFICO 13: Distribuição global das dimensões por cluster

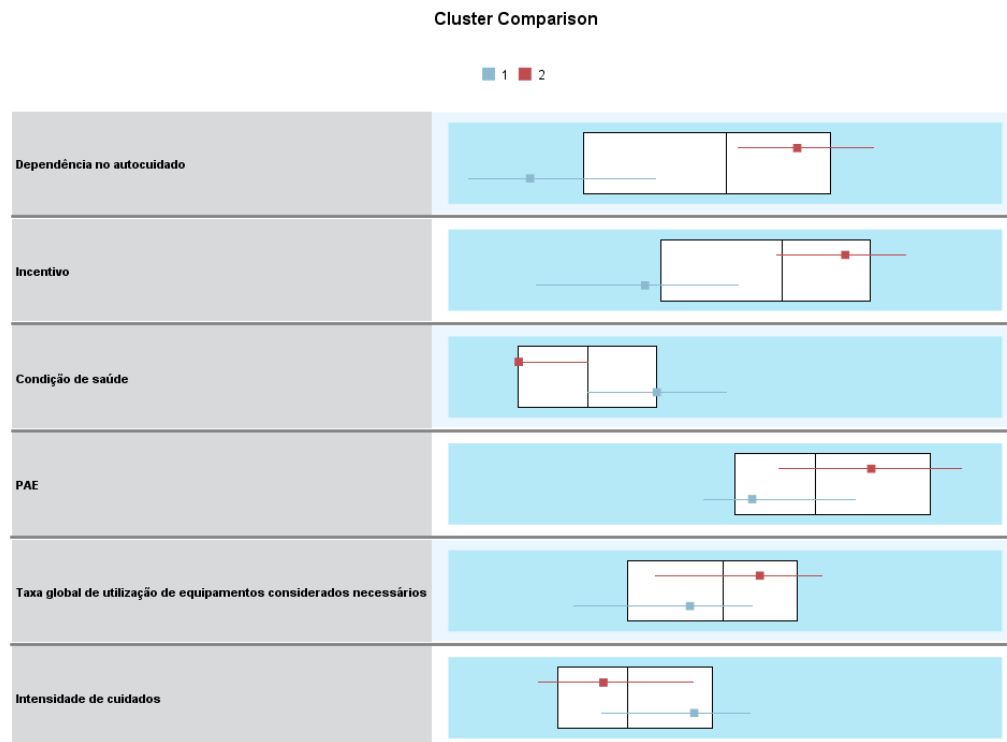


Comparando-se o cluster 2 com o cluster 1 (gráfico 14), constata-se que no cluster 1 há uma maior dispersão dos casos, concretamente nas dimensões dependência no autocuidado e incentivo. Isto significa que no cluster 1 não são similares todos os casos, ou seja, embora integre o número mais elevado de pessoas com maior nível de dependência no autocuidado, há, no entanto, casos que têm um menor grau de dependência.

Quanto ao incentivo, observa-se no cluster 1 casos que são heterogêneos relativamente a esta característica, pelo que, poder-se-á referir que no cluster 1, a par de

MFPC que estimulam pouco para a autonomia, há MFPC que são mais ativos no incentivo dos DF a fazerem, por si, as atividades de autocuidado.

GRÁFICO 14: Comparação dos clusters em relação às variáveis



Este modelo, focando a análise nos casos e não nas variáveis, permite avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, o cluster 2 e o cluster 1, pelo que poderá identificar-se o cluster 2 com o perfil de famílias que integram pessoas que não estão “acamadas” e o cluster 1 com o perfil de famílias que integram pessoas que estão “acamadas”.

A tabela 34 indica que há uma associação muito significativa entre os perfis 1 e 2 das famílias que integram dependentes no autocuidado e a dependência para levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se dos DF, Qui-quadrado (1) = 35,464, $p < 0,001$. No perfil 1, a maioria (81,1%) corresponde a pessoas dependentes para levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se. Enquanto no perfil 2, a maioria (80,3%) não é dependente para levantar-se nem para posicionar-se nem para transferir-se.

TABELA 34: Associação entre os perfis 1 e 2 e a dependência para Levantar-se ou Posicionar-se ou Transferir-se

		Clusters					Chi-Square	
		1		2		Total		
		N.º	%	N.º	%		p.	Qui-quadrado
Dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se	Sim	30	81,1%	7	18,9%	37 (100%)	,000	35,464
	Não	12	19,7%	49	80,3%	61 (100%)		
Total		42	100%	56	100%			

A tabela 35 apresenta os resultados obtidos da associação entre os perfis 1 e 2 e inspeciona e massaja as zonas de proeminências ósseas, inspeciona o períneo, posiciona e transfere. Assim, pode analisar-se que:

- há uma associação significativa entre os dois perfis e inspecionar até uma vez por dia e mais de uma vez por dia as zonas de proeminência ósseas (Qui-quadrado(1)=7,102, $p=,008$). Enquanto no perfil 2, a maioria (62,4%) dos MFPC inspeciona as zonas de proeminências ósseas até uma vez por dia, no perfil 1, a maioria (76,9%) dos MFPC diz que inspeciona mais de uma vez por dia;

- entre Massaja as zonas de proeminência ósseas e os dois perfis verifica-se uma associação significativa, (Qui-quadrado (1)=5,046, $p=,025$). Enquanto no grupo dos participantes que afirma não massajar as zonas de proeminências ósseas, a maioria (66,7%) pertence ao perfil 2, no grupo dos indivíduos que refere massajar as zonas de proeminências ósseas a maioria (67,7%) pertence ao perfil 1;

- entre Inspecciona a zona do períneo e os dois perfis, verifica-se uma associação significativa, (Qui-quadrado (1)=6,520, $p=,011$). Enquanto no perfil 2, a maioria (62,2%) Inspecciona a zona do períneo até uma vez por dia, no perfil 1, a maioria (73,3%) dos MFPC diz que inspeciona mais de uma vez por dia;

- há uma associação significativa (Qui-quadrado (1)=25,205, $p<0,001$), entre Posiciona e os dois perfis. No perfil 2, a maioria (78,6%) dos MFPC posiciona o DF até uma vez por dia, no perfil 1, a maioria (76,2%) dos MFPC refere que posiciona mais de uma vez por dia.

TABELA 35: Associação entre os perfis 1 e 2 e inspeciona e massaja as zonas de proeminências ósseas, inspeciona o períneo, posiciona e transfere

		Clusters					Qui-quadrado	
		1		2		Total		
		N.º	%	N.º	%	Total	P	Qui-quadrado
Inspecciona zonas de proeminências ósseas	Até 1 vez por dia	32	37,6%	53	62,4%	85 (100%)	,008	7,102
	Mais de 1 vez por dia	10	76,9%	3	23,1%	13 (100%)		
Total		42	42,9	56	57,1	98 (100%)		
Massaja as zonas de proeminências ósseas/dia	Não massaja	19	33,3%	38	66,7%	57 (100%)	,025	5,046
	Massaja	23	56,1%	18	43,9%	41 (100%)		
Total		42	42,9%	56	57,1%	98 (100%)		
Inspecciona a pele do períneo	Até 1 vez por dia	31	37,8%	51	62,2%	82 (100%)	,011	6,520
	Mais de 1 vez por dia	11	73,3%	4	26,7%	15 (100%)		
Total		42	43,3%	55	56,7%	97 (100%)		
Posiciona	Até 1 vez por dia	9	21,4%	33	78,6%	42 (100%)	,000	25,205
	Mais de 1 vez por dia	32	76,2%	10	23,8%	42 (100%)		
Total		41	48,8%	43	51,2%	84 (100%)		
Transfere da cama	Até 1 vez por dia	21	46,7%	24	53,3%	45 (100%)	,591	,288
	Mais de 1 vez por dia	21	52,5%	19	47,5%	40 (100%)		
Total		42	49,4%	43	50,6%	85 (100%)		

4. TOMAR CONTA: A EXPERIÊNCIA DOS MEMBROS DE FAMÍLIA PRESTADORES DE CUIDADOS DE PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

A realização do estudo de carácter quantitativo, anteriormente apresentado, veio permitir obter conhecimento sobre as características das pessoas dependentes no autocuidado e sobre as características dos MFPC. Ficou expresso, a caracterização de dois tipos de casos de famílias: o caso das famílias que integram pessoas que estão “acamadas” e o caso das famílias que integram pessoas que não estão “acamadas”, existindo diferenças estatisticamente significativas entre ambos. Destacaram-se com maior importância para essa caracterização as variáveis dependência no autocuidado, o incentivo à autonomia da pessoa dependente pelo MFPC e a condição de saúde. Verificou-se que há uma associação muito significativa entre os dois tipos de casos de famílias que integram dependentes no autocuidado e a dependência para levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se dos dependentes familiares.

Perante estes resultados, em que se averiguou que as características do MFPC e a forma como se conduz perante o DF pode interferir no processo de tomar conta, decidiu-se levar a cabo um outro estudo.

O interesse em descobrir por que os MFPC se tornam cuidadores e como percebem e descrevem a sua experiência, levou à realização de um estudo de carácter qualitativo. Assim, a fim de compreender-se os processos internos e as competências que os MFPC desenvolvem ao tomar conta do seu familiar, efetuaram-se dez entrevistas. Da informação obtida e baseada no método descrito por Strauss e Corbin (1998), fez-se a análise de conteúdo, de uma forma sistemática e de comparação constante, emergindo dos dados, categorias e subcategorias que, através da indução dos conceitos, se generalizaram o que permitiu gerar uma teoria explicativa sobre os fatores que influenciam o processo de transição que familiares cuidadores experienciam ao tomar conta de um familiar dependente no autocuidado (anexo IV).

4.1 Envolvimento e Consciencialização do Membro de Família Prestador de Cuidados

O envolvimento que os MFPC mostram com a situação de dependência no autocuidado do familiar, é preditivo do grau de consciencialização da transição pela qual estão a passar (Meleis et al., 2010).

Quando o DF sofre um **Evento** que gera a dependência de uma **forma súbita** no autocuidado, os MFPC vêm-se perante um acontecimento não esperado, que conduz à hospitalização do familiar, e à vivência de um período de tempo de grandes incertezas. É no regresso a casa, perante as perdas de funcionalidade do familiar, que os MFPC, repentinamente, se deparam com as consequências do seu familiar estar dependente no autocuidado,

“foi de repente, deu-lhe um AVC há três anos e ficou como está, sem andar”, E1.

Por outro lado, a deterioração progressiva da condição de saúde do familiar com a **instalação gradual** da dependência no autocuidado, permite, ao longo do tempo, a consciencialização dos MFPC das limitações do DF na realização de atividades de autocuidado e que os faz poder adotar algumas estratégias para tomar conta,

“andava muito ruim das artroses (...) foi andando, andando até que acamou de vez” E2;

“ (...) eu andei muito tempo com ela agarrada a mim, de um lado para o outro, até que ela já não dava um passo para nada (...), então compro-lhe aquela cadeira de rodas e comecei a ir com ela na cadeira a todo o lado (...) chegou a um ponto que até para a meter na cadeira era um problema, começou mesmo a não segurar-se (...) agora está acamada” E5.

Os MFPC demonstram **Envolvimento** na transição para tomar conta, quando vão à **Procura de informação** quer junto de pessoas que vivem uma experiência idêntica à sua quer junto da equipa de saúde, assim como, pela **Observação dos cuidados que são prestados ao DF** pelos enfermeiros no hospital e pelas funcionárias do serviço de apoio domiciliário com a intenção de aprender a fazer esses cuidados.

Aquando do internamento do seu familiar no hospital, tomam a iniciativa de estar presente na altura em que os enfermeiros prestam os cuidados para **Observação dos cuidados que são prestados ao DF**,

“pedi para lá estar (no serviço de internamento] para ver como davam o banho, virá-la (...) ” E5;

“fui vendo dar de comer, ia olhando, enquanto lá estive no hospital (...) via como faziam para a virar (...)” E10.

No domicílio, não deixam de estar junto das funcionárias do Serviço de Apoio Domiciliário no momento que elas vão fazer os cuidados de higiene ao DF,

“(...) no princípio estou ali à beira, comecei a ver como é que elas faziam (...) virava-se dum lado, virava-se do outro, metia-se assim a fraldinha por baixo (...) não saía da beira, queria ver (...)” E2.

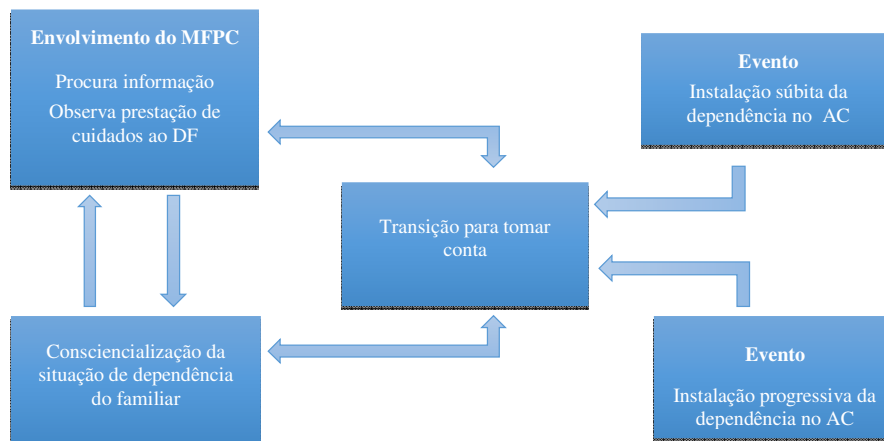
Os MFPC revelam um propósito deliberado, em querer encontrar soluções para o seu caso, na **Procura de informação** junto de outros prestadores de cuidados e da equipa de saúde,

“falei com pessoas que cuidavam das pessoas de idade que me disseram, é preciso dar muita água para ele não desidratar” E2;

“falei com um vizinho que também tem a mulher acamada, para a compra da cama articulada e do colchão (...)” E4;

“perguntei ao senhor doutor o que é que estava a acontecer com a minha mulher” E5.

FIGURA 5: Transição para tomar conta: envolvimento e consciencialização da situação de dependência no autocuidado do DF



4.2 Mudança na Vida do Membro de Família Prestador de Cuidados

A partir do momento que começam a tomar conta do DF, os MFPC dizem que experienciaram uma **Mudança e Diferença** na sua vida, que se repercutiu na modificação das rotinas do quotidiano.

Referem que a **Organização familiar** sofreu uma grande alteração, devendo-se ao facto de um dos seus membros ter ficado dependente no autocuidado e terem de prestar-lhe os cuidados, assim como, terem a seu cargo tarefas que eram desempenhadas pelo DF. A anterior organização familiar, assente na distribuição de tarefas por cada um dos seus elementos, tem de ser reestruturada. As atividades instrumentais como cozinhar, lavar a roupa, fazer compras, arrumar a casa, tratar de assuntos bancários são agora suportadas, unicamente, pelos MFPC. Reflete-se, ainda, na alteração da organização familiar, os cuidados que agora têm de prestar ao DF,

“fazer o comer é uma grande maçada, muito grande, não fazia, faço agora (...) para fazer o almoço perco a manhã toda.” E1;

“(...)ter que lhe fazer as coisas, lavá-lo, chegar-lhe o comer (...) e depois ir tratar de coisas que eram dele, que ele fazia, ir ao banco (...)” E3;

“(...) tenho que ir ao hipermercado, eu é que tenho que ir buscar tudo o que é preciso (...)lavar roupas, fazer o comer, tratar dela, agora eu faço tudo.” E5.

A partir da altura que DF está sujeito à sua ajuda para a concretização de atividades da vida diária, os MFPC experienciam uma outra alteração na sua vida, uma **Preocupação constante com o DF**. Os MFPC não conseguem deixar de pensar no DF e até receiam deixá-lo sozinho em casa com medo do que possa vir a acontecer. Não conseguem “desconectar”, ou seja, parece estar fora do seu alcance e da sua vontade poderem estar descansados, pois para sentirem-se sossegados eles teriam que estar tranquilos com os outros e com a situação (Cuesta-Benjumea, 2009),

“vou para lá [à feira] mas ó para cá, já devia ter vindo, que eu sei que há qualquer coisa que me fica cá.” E2;

“tenho medo de o deixar sozinho, estou sempre com medo que possa acontecer alguma coisa.” E7.

A par da preocupação constante com o DF e da alteração na organização da vida familiar, os MFPC percecionam alteração nas suas **Expectativas de vida**. Assinalam que nunca tinham perspectivado ter que fazer as tarefas e as atividades que hoje realizam.

Estavam à espera de ter “outra vida para a sua velhice”, pois cuidar da pessoa dependente, absorve-lhes todo o tempo do seu dia-a-dia,

“ainda hoje digo, nunca na minha vida pensei em fazer isto que estou a fazer, nunca pensei(...), lavá-la e pôr o penso, pôr a fralda, fazer o comer, dar-lhe de comer, picar-lhe os diabetes (...) lavar as roupas (...) tenho que ser eu permanente aqui a tomar conta dela, sou sempre eu, sempre.” E5;

“não esperava isto para a minha vida (...) desde que ele ficou doente, nunca mais tive a mesma vida (...)” E7.

A situação de dependência no autocuidado do familiar exige aos MFPC, a maioria com mais de setenta anos de idade e com problemas de saúde, “tomo pastilhas para o coração, para o colesterol e para a tensão” E1, “tenho que ir três vezes à hemodiálise” E4, “ando na médica por causa das tensões” E10, um ***Esforço físico despendido nas atividades do cuidado do dependente*** que lhes provoca desconforto físico e que sentem como uma diferença “é um bocado difícil”,

“(...) para virá-la é um castigo, é pesada (...), isto é tudo à força, tudo a peso e, às vezes para mim já é um bocado difícil.” E5;

“(...) está forte [DF] e a gente custa-lhe a lidar com ela.” E6;

“(...) é de uma pessoa ficar derriadinha, são para aí uns 100Kg para uma franganita como eu, tenho que ir buscar a força, não sei aonde.” E8.

A ***Perturbação do sono noturno*** é outra das diferenças que experienciam no seu quotidiano, desde que estão a tomar conta. Os MFPC, durante a noite, acordam e levantam-se da cama para responderem às necessidades de cuidados do seu familiar: colocar a aparadeira, virar para mudá-los de posição na cama, dar água e, para falar e acalmar o DF que está agitado, devido à alteração do seu estado mental,

“durante a noite ela chama por mim, amiudadas vezes, às vezes é de hora a hora, ela chama muitas vezes, são necessidades obrigatórias (...)” E1;

“agora, ponho-me a pé muitas vezes de noite para o virar, dar-lhe aguinha (...) o descanso às vezes é pouco (...)” E2;

“tenho aí noites que eu até acordo, ela dá-me cada berro de noite (...) ela tem noites que é inteirinhas que não prega olho, dá-lhe para berrar toda a noite que Deus me livre, passo às vezes noites inteirinhas, d’acolá para aqui, daqui para acolá (...) e depois vem o dia e também não dou descanso aos pés (...)” E5.

A par da diferença de, atualmente, não conseguirem ter um sono repousado, sentem-se ainda sós e isolados, de dias sempre iguais (Brereton & Nolan, 2000, Shyu, 2000, Pereira, 2011, Ferraz, 2012), e de passarem o seu tempo com pessoas com as quais não podem interagir por deterioração cognitiva (Cuesta-Benjumea, 2009). O **Isolamento e a solidão** é uma experiência da sua vida de hoje,

“acho que estou bastante presa, sinto isso (...) é a solidão da minha parte, porque estou sempre aqui dentro, dias e noites sozinha, porque ele não faz companhia nenhuma, ele às vezes já varia da cabecinha, diz coisas sem nexos (...)” E2;

“tenho chorado muito (...) estou cansada, não saio da beira dele.” E7;

“(...) sinto-me presa (...) não era como dantes, quando eu queria abalava porta fora e ia à minha vida (...), agora todos os dias tenho a mesma canseira” E10.

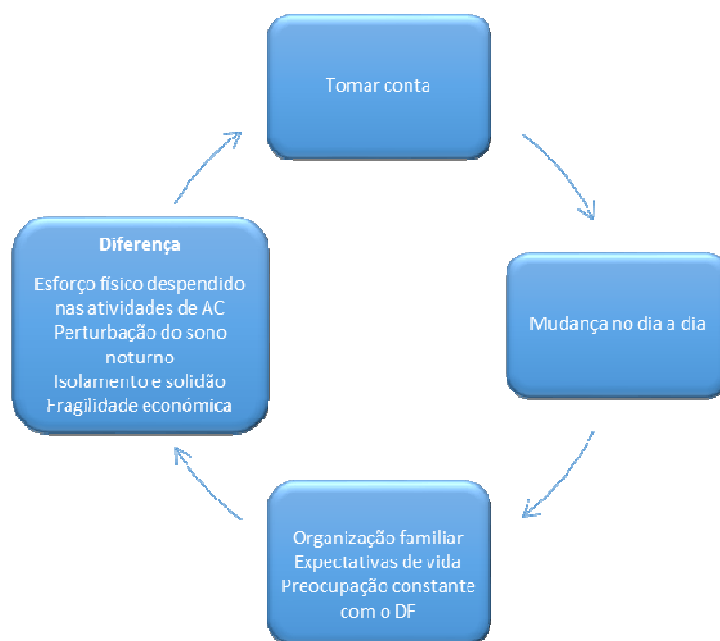
Os MFPC têm como principal rendimento a reforma. E o baixo valor nominal das pensões de reforma que possuem, tem que ser gerido de uma forma muito austera para fazer face às despesas mensais, que aumentaram consideravelmente com a compra de fraldas descartáveis, resguardos de proteção da cama e de medicação, exigências colocadas pela dependência no autocuidado dos familiares. Têm, agora, maior **Fragilidade económica** o que lhes virá a dificultar a satisfação das necessidades básicas da vida, como sejam uma nutrição adequada ou o recurso a serviços, nomeadamente de cuidados de saúde (Cardoso, 2006; Louro, 2009),

“vem [centro social] duas marmitas para o almoço, uma para ela e outra para mim. Mas, nós agora comemos uma [ao almoço], dividimos, e fica para logo [jantar] a outra. Agora, aperta-se mais o cinto” E1;

“tem a medicação todos os meses que se vai buscar à farmácia, as fraldas (...) é mesmo assim esganadinho, parece que estamos a poupar ouro, porque senão não dá.” E8;

“(...) sinto-me apertada, o dinheiro não dá para tudo (...) tem que se cortar, corta-se na alimentação” E10.

FIGURA 6: Tomar conta: a percepção da mudança e diferença no dia-a-dia do MFPC



4.3 Condições Pessoais Facilitadoras da Transição do Membro de Família Prestador de Cuidados

Todos os MFPC têm uma convivência de largos anos e de grande proximidade, habitando até, a maioria deles, na mesma casa com os DF. Assente nesta circunstância, os MFPC atribuem **Significados** à decisão de tomarem conta dos DF. Por **Dever moral/social**,

“ela não tem mais ninguém que olhe, tenho que olhar eu (...) é ela que está assim, mas podia ser eu. Ela não consegue, tem que ser ajudada mesmo em tudo.” E1;

“o que vamos fazer, abandonar? Tem que ser.” E10.

E por **Solidariedade familiar**,

“não tenho coragem para virar as costas, ele não incomoda ninguém, e fui eu que escolhi a situação [ter-se casado].” E2;

“olhava para ela, coitadinha, quem é que ia tratar dela? (...) é muito triste vê-la assim.” E4; “tenho pena dela, não deixa de ser minha mãe” E9.

A concepção de dever moral/social e de solidariedade familiar são dimensões muito presentes quando a família se vê confrontada com a questão de tomar conta de uma pessoa dependente (Gil, 2010; Pereira, 2011). Constata-se que “a noção de dever surge na literatura como o determinante mais poderoso para a assunção dos cuidados familiares, podendo assumir dois cunhos inter-relacionados e com fronteiras ténues: dever (ou pressão) social e dever moral” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004, p.66).

Portugal continua a ser um país com uma identidade religiosa marcante, em que 79,5% da população declara-se católica (Teixeira, 2011). Daí não ser de admirar que os MFPC, à luz da sua crença e fé, encontrem significado em tomar conta do DF. Vários autores assinalam, no que se refere aos cuidados informais na saúde, que a religiosidade é um mecanismo de coping e um fator primordial para manter a esperança (Townsend et al., 2002).

Desta forma, as **Crenças religiosas** auxilia-los a encarar positivamente a sua nova experiência, na **Ajuda divina**,

“sinto-me com forças, graças a Deus”E1; “Deus há-de-me ajudar, até quando ele quiser” E10;

E na **Vontade divina** “foi a sorte que Deus marcou” E2;

“Deus assim quis, é a vontade dele” E7.

São apontadas como condições facilitadoras da transição a **Preparação e conhecimento** que obtiveram de experiências anteriores quando deram apoio a familiares e/ou vizinhos na prestação de cuidados relacionados com atividades de autocuidado. Os conhecimentos e as habilidades que adquiriram nessas situações, fá-los ter a perceção de estarem mais preparados para cuidarem do DF.

Os MFPC referem que terem cuidado dos pais que “acamaram” e de terem ajudado vizinhos a prestar cuidados a parentes que estavam dependentes no autocuidado, que essa experiência anterior da **Prestação de cuidados a familiares e a vizinhos** dependentes no autocuidado lhes facilitou, agora, a compreensão do que seria esperado para o seu novo papel,

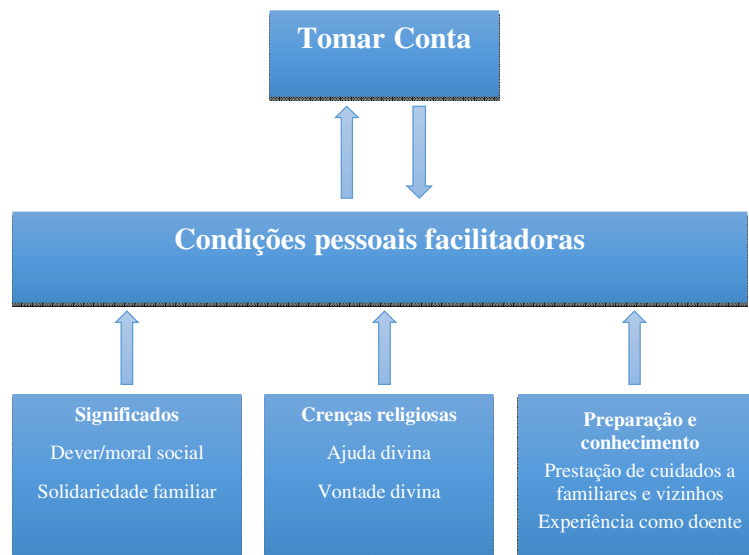
“(…) também já cuidei dos meus pais (...) a mãezinha ainda esteve acamada quatro anos sem juizinho, tratei a mãe e o pai até eles partirem.” E2;

“a mãe dela [vizinha] esteve muito tempo acamada, andei por lá a ajudar e fui aprendendo a tratar de pessoas que estão assim.” E10.

Reconhecem que os conhecimentos resultantes da **Experiência como doente**, também, lhes propicia uma maior consciência das necessidades dos dependentes familiares.

“aprendi um bocadinho as vezes que estive internado, assisti a coisas, vi como se faz, como se trabalha, eu aprendi um bocado, a gente vai aprendendo como é que se trabalha com os doentes (...) aquelas luzinhas que fui ganhando de estar no hospital, favoreceram muito para o que estou a fazer (...)” E5.

FIGURA 7: Tomar conta: condições pessoais facilitadoras da transição



4.4 Condições da Comunidade Facilitadoras da Transição do Membro de Família Prestador de Cuidados

Os MFPC procuram recursos da comunidade no sentido de obterem apoio para a realização das atividades de autocuidado ao DF e, ainda, para usufruírem de serviços que lhes permitem simultaneamente um alívio na confeção das refeições e na vigilância do bem-estar do DF. As condições da comunidade constituem-se como fatores facilitadores da transição para o exercício do papel de prestador de cuidados (Meleis et al., 2010).

Recorrem ao **Apoio domiciliário** por informação de vizinhos, requerendo o **Serviço de higiene pessoal** e o **Serviço de alimentação**, que avaliam como um suporte

valioso no seu dia-a-dia, pois alivia-os da realização de tarefas imprescindíveis que se prendem com necessidades básicas,

“(...) quando isto se deu, há aqui adiante uma instituição e fomos lá falar (...) vem a comida para mim e para ela (...) e passou a vir duas vezes por semana para dar o banhinho e ficamos assim, e dá resultado.” E1;

“(...) eu fui lá falar ao centro de VNT para ter a alimentação para os dois e virem lavá-la (...), e desde aí tem sido outra coisa (...).” E4.

O suporte dos **Serviços de saúde**, que recebem, é referente à **médica dos cuidados de saúde primários** que faz a consulta domiciliária, facto que lhes dá conforto, pois vêm que o DF está sob vigilância médica,

“a senhora doutora também tem cá vindo e manda-os [enfermeiros] cá vir por causa dos diabetes, para picar o dedo, e passa as receitas (...)” E1;

“a médica é que toma lá aquelas providências e vem cá fazer uma consulta e vê que está tudo bem (...)” E5;

“ela [médica] vem aqui, nem é preciso chamá-la, vem vê-la, assim é melhor.” E8;

“é uma boa médica, lá da caixa [Centro de Saúde] (...)” E9.

O **apoio dos familiares** concretiza-se na realização de algumas **atividades de autocuidado ao DF** entre as quais cortar o cabelo e desfazer a barba;

“o meu filho vem desfazer a barba ao pai” E3;

“o meu neto, que tem uma máquina de cortar cabelo, vem cortar o cabelo à avó” E5.

Os familiares fazem, também, vigilância ao DF e companhia, momentos esses aproveitados pelos MFPC para fazerem compras e tratar de outros assuntos fora de casa,

“tenho um filho que à 2ª feira passa aqui a tarde e eu vou ao Jumbo comprar fraldas e o que for preciso (...)” E5.

Ajudam, ainda, os MFPC na **Tomada de decisão na compra de equipamento** para a assistência do DF;

“o meu filho mais velho disse: é melhor comprar uma cama articulada” E7;

“o meu filho disse: oh mãe leva esta cama para a avó” E8.

Os **Vizinhos** são considerados como informantes privilegiados, pois os MFPC reconhecem a experiência deles como uma mais-valia para si. Na **Informação sobre a compra e utilização dos produtos de apoio** para o conforto do DF (cama articulada, cadeira de rodas),

“(...) ele [vizinho] disse-me como podia comprar a cama articulada e a cadeira de rodas(...)” E4.

E na **Ajuda na prestação de cuidados** de higiene e de alimentação ao DF,

“na rua há um vizinho que tem a sua senhora assim, e eu fui ter com ele e ele veio-me ajudar a dar alimentação (...)” E4;

“(...) às vezes peço-lhe [vizinha] e ela vem-me ajudar a dar banho à minha sogra” E8.

FIGURA 8: Tomar conta: condições da comunidade facilitadoras da transição



4.5 Dificuldades Experienciadas pelo Membro de Família Prestador de Cuidados

Na transição para o exercício do papel de prestador de cuidados, a dificuldade maior percebida por todos os MFPC é de não estarem preparados para prestar os cuidados ao DF.

A **Falta de preparação e conhecimento** do MFPC para tomar conta, resultante da equipa de saúde não ter realizado a preparação do regresso a casa, repercute-se na eficácia dos cuidados prestados ao DF e no bem estar do MFPC (Turner et al., 2008; Louro, 2009; Pereira & Botelho, 2011; Ferraz & Paiva, 2012).

O regresso a casa do DF é uma experiência muito perturbadora e difícil para os MFPC, pelo que é defendido, como uma prioridade, a necessidade dos familiares cuidadores receberem da equipa de saúde do hospital, uma informação e instrução ajustadas sobre os cuidados a prestar em casa, antes do seu familiar ter alta hospitalar (Shyu, 2000; Levine et al., 2006; Petronilho, 2007; Louro, 2009; Plank et al. 2012).

A equipa de saúde não lhes deu informação sobre o dia da alta hospitalar, constituindo-se esta, como um acontecimento inesperado,

“(…) cheguei lá [hospital] para a visitar e a enfermeira disse: olhe, a sua esposa tem alta, vai ter que a levar para casa (...), e eu trouxe-a, e eu fiquei aqui sem saber o que fazer (...) E4;

“(…) ninguém me disse nada, só: ela vai ter alta hoje. No dia em que teve alta nem uma médica veio ter comigo dizer-me nada.” E5.

Quando tem alta hospitalar, o DF regressa a casa apresentando défice em atividades dos vários domínios de autocuidado: alimentar-se, tomar banho, vestir-se e despir-se, virar-se, transferir-se, uso do sanitário e tomar medicação. E durante o período de internamento hospitalar, a equipa de saúde não abordou o MFPC no sentido de conhecer as suas necessidades, relativamente à assistência ao DF em casa.

Referem que os enfermeiros não explicam, de acordo com as necessidades do DF, como é que devem fazer a **Prestação dos cuidados**, que recursos podem utilizar e que adaptações dos espaços físicos há a fazer em casa.

Em casa, para alimentar por sonda nasogástrica o DF fazem como viram fazer os enfermeiros no hospital,

“não me explicaram, vi, quando fui visitá-la. Estavam a dar com a seringa, e em casa desenrasquei-me.” E4;

“no hospital vi, mandaram-me lá estar um dia (...) também foi o único dia para ver mais ou menos como se fazia com um doente” E5.

Também, não recebem instrução dos enfermeiros como alimentar oralmente,

“quando calhava de eu a ir à visita [hospital] eu via como ela comia. Os enfermeiros não me disseram nada” E10.

Para dar banho, virar na cama, trocar a fralda e trocar o lençol da base da cama, os MFPC mencionam que não lhes foi ensinado,

“quando ela estava no hospital, eu ia olhando como faziam” E10.

E, quando os enfermeiros demonstram como se troca o lençol e vira-se a pessoa, acontece que não adequam à situação específica à qual o MFPC vai prestar os cuidados ao DF,

“eu digo assim para mim, adianta muito, vós estais aí duas enfermeiras para virá-la, mas eu aqui estou sozinho” E5.

Para transferir o DF da cama para a cadeira, o MFPC fá-lo, igualmente, sem ter sido instruído pelos enfermeiros,

“nunca ninguém me disse nada; faço à minha maneira, boto-lhe as mãos, ela segura-se nos meus braços e passo-a para a cadeira” E1.

Para o MFPC dar a medicação, no dia da alta do DF, os enfermeiros transmitiram,

“(...) tem que ralar os comprimidos e dar na sonda, disseram-me, mas eu nunca tinha feito isso” E4.

Os MFPC mencionam que os enfermeiros não dão informação sobre a **Utilização dos recursos** quer para facilitar a prestação de cuidados quer para o conforto do DF,

“[após a alta hospitalar do DF] fui na hora comprar uma cama articulada e o colchão (...) depois, no centro de saúde é que me disseram que podia ter alugado a cama” E4;

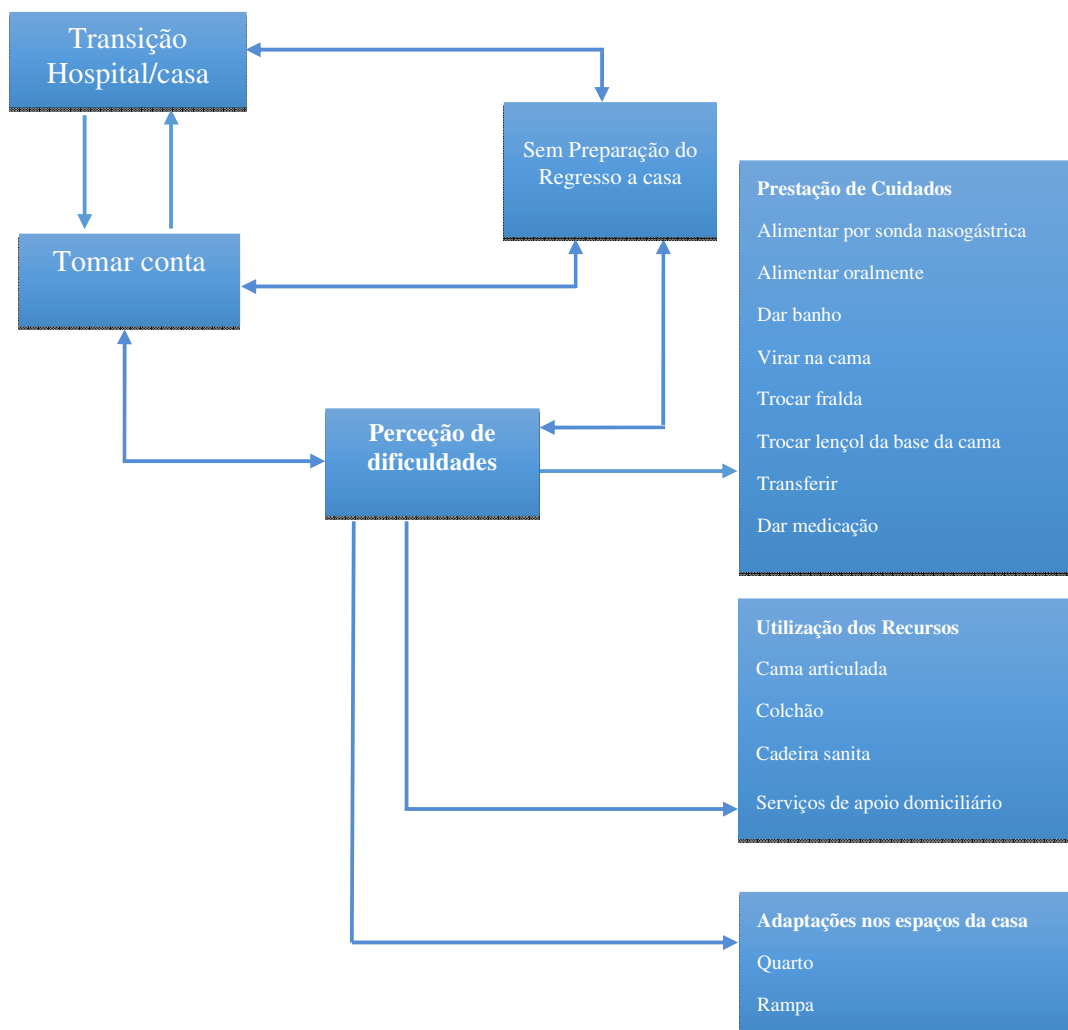
“ quando isto se deu [regresso a casa da DF], há aqui um lar, aqui adiante, fui lá falar com a diretora, sentia-me apertado, e ela arranjou para vir a comida e para dar o banho” E1.

A **Acessibilidade e Adaptação dos espaços da casa** às limitações de mobilidade do DF para favorecer a sua autonomia é uma situação em que são os MFPC,

por eles próprios, a encontrarem as soluções, não tendo recebido qualquer informação da equipa de saúde,

“quando ia com ele à fisioterapia vi lá uma rampinha (...) e então pedi ao meu genro para fazer esta rampa com corrimão para ele poder vir ao quintal” E3; “quando veio [hospital], nem sabíamos como arranjar em modos a cama para a deitar e sim até o quarto” E10.

FIGURA 9: Tomar Conta: Perceção de dificuldades do MFPC na transição hospital/casa



Em contexto domiciliário, os MFPC que tomam conta de familiares em que se instalou a dependência de uma forma progressiva nas atividades dos vários domínios de autocuidado, referem que tinham **Falta de Preparação e conhecimento** para prestar os cuidados de acordo com as necessidades do DF.

Os enfermeiros do centro de saúde não instroem os MFPC sobre a **Prestação de cuidados** ao DF, não os ensinam sobre a adequação da alimentação relativos aos

problemas de saúde do DF e não orientam na utilização dos recursos da comunidade. Está documentado, há mais de uma década, que é necessário que os MFPC estejam preparados e tenham apoio através de um plano de intervenção da rede formal, em contexto comunitário (Levine et al., 2006).

Para alimentar,

“(...)não, os enfermeiros não disseram, e quantas vezes eu me vejo aflita com ela, fica com a água e com a comida na garganta (...)” E6;

“nunca me falaram do comer para ela [dependente com hipertensão arterial] eu faço o comer que faço para mim” E9.

Os MFPC para Dar banho, Virar, Trocar a fralda, Trocar lençol da base da cama, Transferir da cama/cadeira/cama, Dar a medicação, não foram instruídos pelos enfermeiros,

“(...) os enfermeiros não me disseram como o virar na cama, pôr a fraldinha (...)” E2;

“para dar banho e mudar o lençol foi sempre pela minha ideia” E6;

“(...) para dar-lhe banho, fazer a cama, não senhora, não me explicaram (...)” E8;

“(...) para o pôr na cadeira de rodas, não sabia, fui fazendo à minha maneira” E7.

Os MFPC referem que os enfermeiros quando vão ao domicílio é para dar vacinas, fazer tratamentos,

“(...) a enfermeira do centro de saúde veio para dar a vacina da gripe” E2;

“se eu precisar vêm [enfermeiros], por iniciativa, não. Quando ela [DF] tirava a sonda, elas vinham meter outra vez a sonda” E5;

“só se forem chamadas para fazer alguma coisa. Quando ela tinha as feridas, as enfermeiras corriam para aqui dia sim, dia não” E6.

A Utilização dos recursos como os produtos de apoio, cama articulada, cadeira sanita, cadeira de rodas, cunhas e os serviços da comunidade de apoio domiciliário resulta da iniciativa do MFPC sem ter havido orientação por parte dos enfermeiros do centro de saúde,

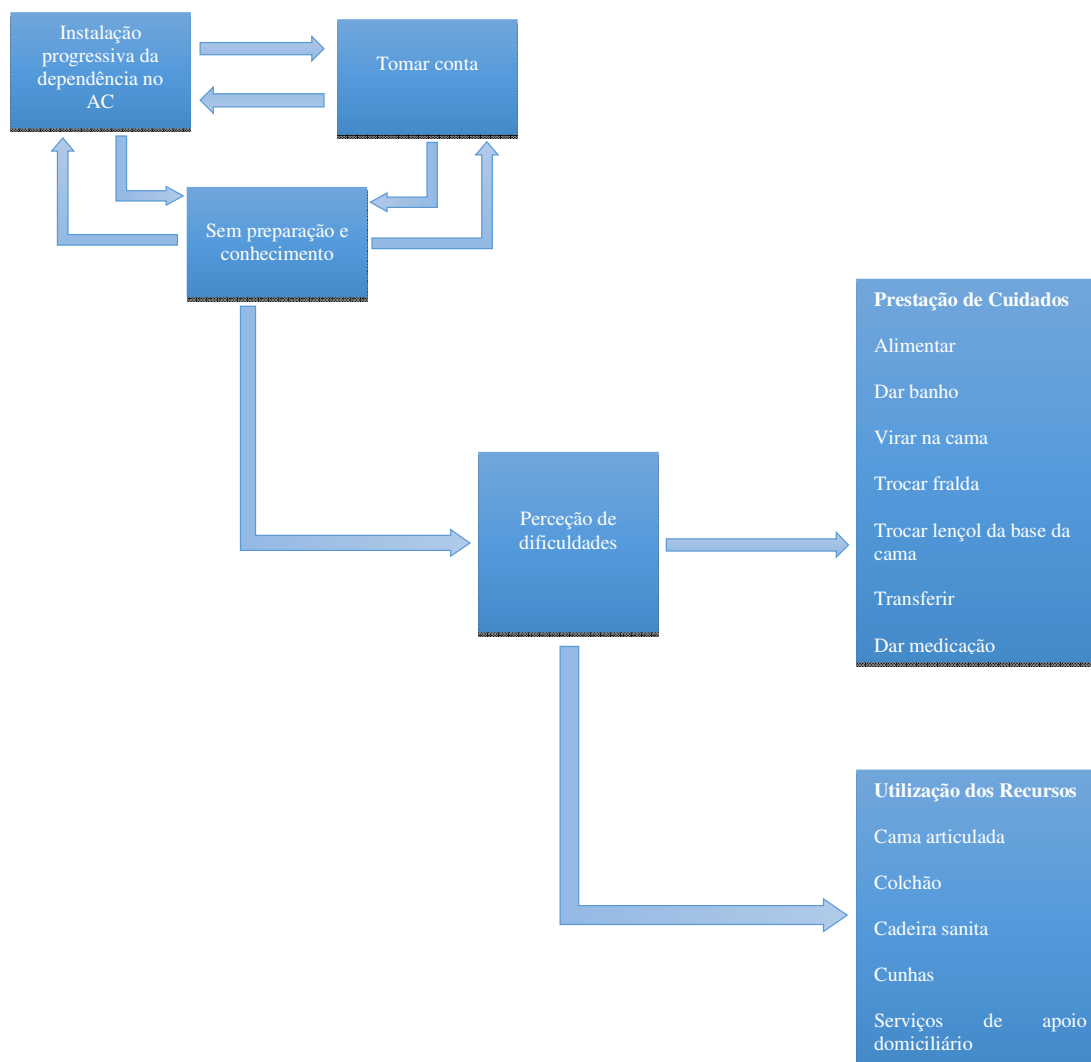
“nós compramos uma cama articulada para ser mais fácil; o meu filho mais velho disse, oh mãe é melhor arranjar uma cama articulada” E7;

“quando ela começou a arriar das perninhas, compramos uma cadeira higiénica com um baldinho por baixo (...) foi ali a vizinha que me disse” E8;

“tenho umas cunhas para o virar (...) soube ao falar com uma amiga da filha” E2;

“(...) fui ali ao Apoio falar (...) e tenho as senhoras, de manhã, para dar o banhinho” E2.

FIGURA 10: Tomar Conta de DF com instalação progressiva de dependência no autocuidado: percepção de dificuldades do MFPC



4.6 Percepção da Autoeficácia e Desenvolvimento de Competências do Membro de Família Prestador de Cuidados

Desde que começaram a tomar conta, os MFPC vão-se adaptando e desenvolvem competências, pois ao permanecer muito tempo no desempenho do papel demonstram essa capacidade para o cuidar (Chiu & Newcomer, 2007).

Os cuidados que realizam são fruto de uma aprendizagem que fazem sozinhos, “à sua custa”, reconhecendo que “a gente habitua-se”, e “é o hábito”. Este processo de aprendizagem à própria custa, por “**tentativa e erro**”, e realizado de uma forma solitária está consonante com resultados de outros estudos já publicados (Brereton & Nolan, 2000, 2002; O’Connel & Baker, 2004; Rotondi et al., 2007).

Os MFPC percebem que prestam “bons cuidados”, evidenciando a crença pessoal quanto às suas capacidades para realizar as ações específicas de assistência ao DF, obtendo **bons resultados** (Bandura, 1989). Realçam o facto dos seus familiares “acamados” não apresentarem úlceras de pressão “o corpo está limpinho, não tem feridas”, conseguido através do seu esforço e do tempo que gastam a cuidar do DF,

“(…) fui-me aperfeiçoando no dia a dia a cuidar dele, trato muito bem dele” E2;

“(…) no princípio é que foi mal, mas faço bem agora” E3;

“(…) cuido bem dela, pode ver que ela está bem, se lhe tirar a roupa, o corpo dela está limpinho, não tem feridas, não tem nada” E5;

“(…) tratamos à nossa maneira, não tem chaga nenhuma, ela está toda limpinha” E6;

“(…) não sabia, fui fazendo à minha maneira para tratar dele” E7;

“ela está uma rosa. Como a senhora enfermeira vê, ela não tem nadinha no corpo, o corpo está limpinho, limpinho a valer” E8;

“(…) trato bem dela, fui-me ajeitando, dou o jeito à minha maneira para fazer as coisas que ela precisa” E10.

Os MFPC que estão, em média, há 4,7 anos no exercício do papel, foram, ao longo deste tempo, aumentando o seu conhecimento e a habilidade na gestão das atividades relacionadas com tomar conta do DF, acabando por adquirir a mestria no cuidado (Meleis et al., 2010). Realizam, desta forma, ações, que se concretizam na vigilância da condição física do dependente, na adaptação do espaço físico às limitações da mobilidade do familiar, na procura e obtenção de serviços que disponibilizem o apoio

considerado necessário para a concretização das atividades dos autocuidados, na promoção da autonomia do DF e na prestação de cuidados diretos ao DF.

Assim, partindo do reconhecimento das necessidades, decorrentes da dependência nos vários domínios de autocuidado que o seu familiar tem, os MFPC desenvolvem competências que se traduzem nos Processos de cuidar (Schumacher et al., 2000).

O MFPC ao **Monitorizar** está atento a alterações que possam indicar mudanças na condição de saúde dos dependentes.

Utiliza aparelho para monitorizar valores de glicemia e de tensão arterial,

“tenho aguentado boas tensões, tenho uma máquina de medir tensões (...) pico-lhe os diabetes (...) na máquina” E5.

Observa mudanças/alterações no estado da pele,

“apareceu assim como uma mancha no rabo e no cimo da perna” E7.

Está atento a comportamentos do DF que possam a vir a refletir-se na degradação do seu estado de saúde e, deste modo, **Vigia a toma da medicação**,

“tenho de controlar, se ela poder fugir a isso, ela foge, ela escondia-os [medicamentos]” E1.

O MFPC ao **Interpretar** atribui um sentido ao que observa, ou seja, **Reconhece desvio ao que era esperado sob o ponto de vista clínico** e por isso, por exemplo, avalia aspetos que se repercutem negativamente na cicatrização da úlcera de pressão,

“(...) aqueles dois dias sem a enfermeira fazer os curativos estava a atrasar [cicatrização] (...) e à 2ª feira estava pior e com mais dores” E6.

Faz atribuições/interliga o estado da pele do familiar ao prurido e à fricção,

“acho que a perna está um bocado esquisita (...) é de coçar, tem a pele muito fininha, arrebenta logo” E8.

Tomar decisões é um processo complexo em os MFPC fazem escolhas que não envolvem riscos desnecessários para o dependente.

Antecipa consequências, por exemplo, na prevenção de quedas utilizando recursos apropriados,

“quando tenho que ir a algum lado, ponho-lhe uma calcinha [cueca impermeável], ela tem que ficar ali na cama, porque se ela tentasse levantar-se, ficava no chão, ela não tem força” E1.

Tem em conta as exigências/necessidades requeridas pela condição de saúde do DF ao decidir pedir uma cama articulada,

“achei que era melhor, e fui falar a uma vizinha, e pedi emprestada a cama articulada” E10.

Os familiares cuidadores organizam as tarefas de modo a **Agir** atempadamente às solicitações em cuidados dos seus dependentes.

Estabelecem um ***Lembrete para a toma de medicação,***

“procuro tomar os meus remédios aquando a ela, e assim nunca me esqueço de lhos dar, assim não dá para falhar” E1.

E, atendendo a que os DF que são diabéticos cumprem um ***Horário regular das refeições,***

“ela tem sempre umas horinhas para comer, quem tem os diabetes tem que ter uma regra de horas (...) não é comer a qualquer hora (...)” E5.

Ajustar às necessidades do dependente, os MFPC adequam a ***Quantidade de alimento,***

“ela come meia malguinha de sopa, da que está ali, é comer pouco e muitas vezes (...)” E5.

Faz alterações no espaço físico no sentido de melhorar a acessibilidade ao familiar,

“(...) eu lembrei-me de pedir ao meu genro para fazer esta rampa aqui, está a ver, com este corrimão para ele poder vir ao pátio, é que ele estava sempre metido em casa” E3.

Usa criatividade ao adequar o mobiliário às exigências do autocuidado do DF e à área do compartimento da casa,

“(...) o quarto é um bocadinho ao estreito. Engendrei as coisas da melhor maneira, peguei numa cadeira, cortei ao centro, pus uns arames em baixo e um balde de 20 litros por baixo e ela faz ali as necessidades (...), cortei à mesa da cabeceira para pôr a cadeira ao lado e resulta muito bem. E para comer, comemos os dois juntos [no quarto onde está a dependente] puxo uma tábua que engendrei para mesa ” E1.

Aceder a recursos reúne um conjunto de meios que os MFPC utilizam como, por exemplo, para o alívio da realização de algumas tarefas como dar banho e cozinhar, concretizado pelos ***Serviços de Apoio Domiciliário,***

“fui ali ao Apoio pedir e tenho as senhoras que vêm dar banho todos os dias, de 2ª a 6ª, menos ao fim de semana, elas dão-me uma ajuda, auxiliam-me” E2;

“(…) fui lá falar (…) é uma instituição que traz a comida para mim e para ela” E1.

A compra de **Equipamentos** tem subjacente o conforto do dependente e poder facilitar a prestação de cuidados,

“(…) disse ao meu filho que virar o pai na cama me custava e então o meu filho mais velho disse, oh mãe é melhor comprar uma cama articulada e foi aos bombeiros, que nós somos lá sócios, falar e depois arranjam uma (…)” E7;

A compra do colchão para prevenção de úlceras de pressão “(…) 200 euros que me custou o colchão” E4.

A procura de **Informação** através da Internet e Televisão,

“(…) o meu filho viu na internet (…) e compramos uma cama pela Internet” E8;

“gosto de ver aqueles programas na televisão sobre alimentação para ver como fazer a comida para ele que é diabético e tem as tensões altas” E3.

Ter uma **Empregada para apoio nos cuidados** tem em vista assegurar, nas ausências obrigatórias do MFPC para tratamento médico, a assistência necessária ao familiar dependente,

“arranjei uma mulher para ficar com ela, quando vou para a hemodiálise” E4.

Prestar cuidados é um processo que requer dos MFPC a realização de várias atividades com segurança e conforto.

Cuidados de higiene,

“ (…) eu e a minha filha é que a lavamos, botar o pó de talco, o halibut, limpar limpinho” E6;

“(…) ele às vezes diz: tu já fazes melhor do que as outras (…), sabe, tenho mais calma, faço aquilo mais à minha vontade, mais devagar, a pôr o halibute ou a pôr aquelas pomadinhas” E2.

Trocar a fralda,

“(…) ele dá um jeitinho ao rabinho, ora vira para aqui ora vira para ali, e tiro a fralda.” E2.

Virar na cama,

“só quando a gente a vira é que ela muda de posição (...) muda-se de manhã, ao meio da manhã, ao meio dia, ao meio da tarde, à noite e depois de noite é que ela fica na mesma posição (..) quando tinha chagas a gente vinha de noite pelo menos uma vez virá-la” E6 “.

Trocar o lençol da base da cama,

“(...) também, não vou deixar o lençol todo encorilhado (...)” E5.

Ao **Alimentar** respeita o ritmo de comer do DF,

“(...) a comida nem sempre se come depressa, esta aqui tem que ser muito lenta” E5.

Transfere: cama/CR/cadeira sanitária,

“(...) sou eu que tenho que a passar para a cadeira para as necessidades, se eu não ajudar, ela não consegue sozinha” E1.

Sentar na cama,

“(...) digo para fazer força, agarra-o por trás, levanta-se e ajudo a sentar” E3.

Dar a medicação,

“sou eu que os ralo [comprimidos], muito raladinhos com água para os meter na sonda de manhã e à noite” E4.

Fazer Massagem,

“dou-lhe uma massagem na perna, dou-lhe assim um jeito para endireitar [perna]” E3.

O MFPC ao **Trabalhar em parceria com o familiar** preserva a capacidade para as ações intencionais do dependente e mantém os aspetos relacionados com o contexto de vida do dependente,

Promove a autonomia,

“levanto a cama e depois por trás calço para ele ficar direito, para estar sentadinho para comer na mesinha dele, assim ele vai comendo um bocado aqui um bocado ali, ponho-lhe uma toalhinha dobrada, uma toalhinha de felpo aqui assim para não cair nada no lençol e ele lá vai comendo (...), tem uma garrafinha à beira dele, na mesa para ele apanhar a água, mas tem marés que lhe custa mais um bocado (...)” E2.

Vai de encontro à vontade do familiar,

“ela [pessoa dependente] disse: eu não quero dormir em galinheiros, chamava-lhe galinheiros por causa das grades [cama articulada], está ali desarmada, foi uma pessoa que me emprestou, (...) e assim foi, trouxe-lhe esta cama, o colchão muito macio e baixinha (...) e bebe uma pinguinha de maduro, a médica diz que não faz mal, é só um copinho ao almoço” E8.

Pede colaboração,

“(...) tens de estar um bocadinho de lado para descansares as costinhas (...) eu peço e ele dá um jeitinho” E2.

Com base em juízos que faz sobre a condição de saúde do familiar, o MFPC ao **Negociar com os Serviços de Saúde** tem em vista colmatar necessidades em saúde do familiar dependente,

Chama o médico a casa,

“chamo a médica quando vejo que a minha sogra precisa, quando a vejo mais atrapalhada, ela já era médica dela, conhece-a bem” E10.

Chama enfermeiros a casa,

“ (...) eram todos os dias as enfermeiras a correr para aqui (...) e ao sábado e domingo tínhamos que pagar a esse enfermeiro, porque chegava a 2ª feira e ela estava pior das feridas [UP]” E6.

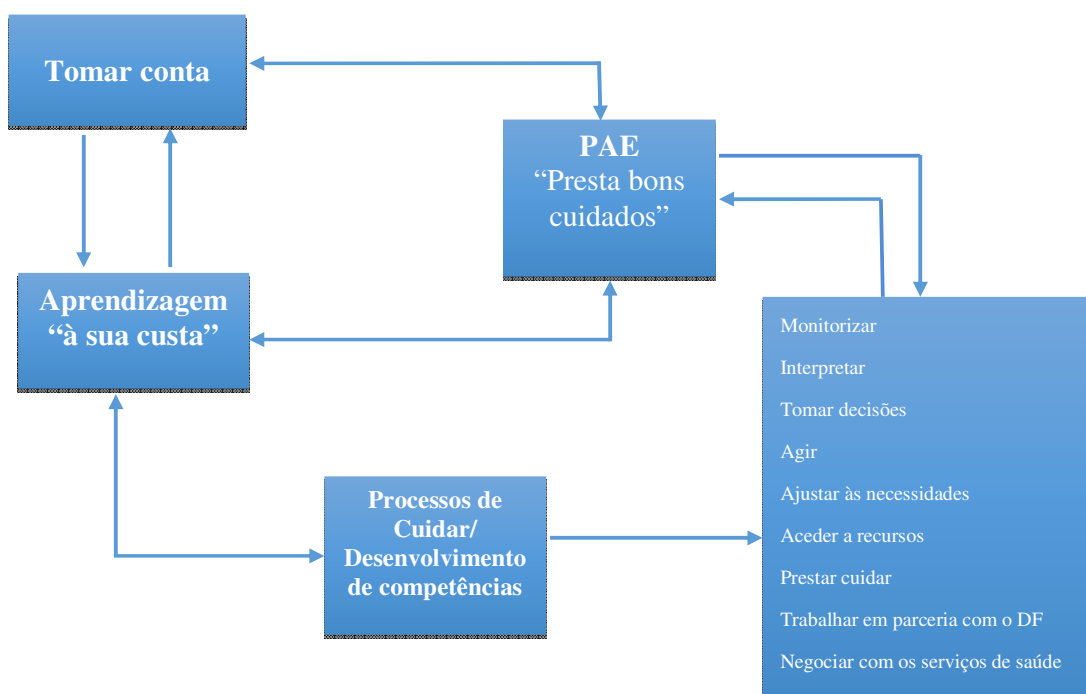
Vai à médica do Centro Saúde

“(...) vou à médica (...) falo do meu marido e trago as receitas para ele” E3.

Telefona para médica do Centro de Saúde,

“se ela estiver muito à rasca, telefono ao posto médico, a ver o que a médica me diz” E5.

FIGURA 11: Tomar conta: PAE e desenvolvimento de competências/processos de cuidar



4.7 Terapêuticas de Enfermagem

As terapêuticas de enfermagem são ações intencionais para promover, recuperar ou facilitar a saúde (Meleis et al., 2010), referindo-se, neste subcapítulo, as consideradas essenciais e que emergiram deste estudo.

É importante considerar que há fatores relevantes que têm interferência na forma como os MFPC experienciam a transição, como as condições pessoais, os recursos da comunidade e o suporte, refletindo-se, portanto, na seleção das terapêuticas de enfermagem. Observa-se assim, que para a promoção de uma transição saudável as terapêuticas de enfermagem têm que ajudar na consciencialização das mudanças que estão a acontecer e nas que poderão ainda suceder; na identificação das necessidades de recursos; na informação de apoio à decisão das melhores opções e no desenvolvimento de competências nos vários domínios de autocuidado e no uso de produtos de apoio. Deste modo, as terapêuticas de enfermagem que se identificam relacionam-se com: promover a consciencialização; promover o uso de produtos de apoio; promover reuniões com os elementos da família; elogiar o esforço no exercício do papel do MFPC; ensinar, instruir e treinar técnicas nos diferentes domínios de

autocuidado; ensinar, instruir e treinar o uso de produtos de apoio; ensinar, instruir e treinar o uso de equipamento; informar sobre os recursos da comunidade: serviços de apoio domiciliário e centro de dia; supervisionar cuidados prestados ao DF nos diferentes domínios de autocuidado; avaliar condições da habitação.

As terapêuticas de enfermagem para serem eficazes têm de estar adequadas às necessidades dos MFPC e, por isso, coerentes com as fases de transição pelas quais o MFPC está a passar.

Identifica-se não ter havido a preparação do regresso a casa e, em contexto comunitário, não ter havido acompanhamento do MFPC na transição para tomar conta, o que evidencia que o desenvolvimento das competências para tomar conta é alcançado através de um processo de aprendizagem por tentativa e erro. Fica assim visível a inexistência da ajuda profissional dos enfermeiros na transição para o papel de prestador de cuidados, e legitimada a sua necessidade face ao tomar conta de uma pessoa dependente no autocuidado; e que tomar conta é um processo em que é necessário tempo para a apropriação do papel e as terapêuticas de enfermagem a realizar devem ser dirigidas às necessidades dos MFPC.

4.8 O Caminho Percorrido pelos Membros de Família Prestadores de Cuidados - Síntese dos Principais Resultados

No início do processo de transição para tomar conta, os MFPC **não têm a noção das implicações** que esse facto vai ter nas suas vidas, “nunca pensei que a minha vida ficasse assim, desde que ficou doente a minha vida não é a mesma” E7.

Os MFPC **não são preparados para o exercício do papel de prestador de cuidados**. Os enfermeiros quer na transição do hospital/casa quer em contexto domiciliário não procuram conhecer as dificuldades percebidas na assistência ao DF, instruir sobre a execução dos cuidados, supervisionar os cuidados realizados ao DF, informar sobre os recursos e identificar as necessidades de apoio aos MFPC.

Decorrente de não serem preparados para tomar conta do DF, aprendem “por tentativa e erro”, descrevendo a sua aprendizagem como, “(...) fomos **aprendendo à nossa custa** e agora vamos fazendo, é o hábito (...)” E6.

Os MFPC ao não terem conhecimento e a instrução de técnicas adaptativas, faz com que ocorram episódios de **quedas**. Acontecem quando os MFPC fazem a transferência do DF da cama para a cadeira ou vice-versa, pondo em risco a sua

segurança e a do DF - “para a cadeira eu ponho-a, mas se ela cai ao chão é que não consigo, ela não ajuda nada, já me caiu muitas vezes e tenho que pedir ajuda (...)” E1; “ela caiu duas vezes abaixo da cama” E6; “não tinha forças nas pernas e ainda tombamos no chão, e ele abriu o sobrolho” E7; “já deu vários tombos cá em casa (...) ela agarrou-se a mim e eu não podia” E8.

Tomar conta do DF no autocuidado é uma experiência que os MFPC dizem **que lhes consome uma parte significativa do tempo do seu dia-a-dia** “aqui, permanentemente, tenho que ser eu a estar (...)” E5, que não lhes permite deixar de **sentirem-se sempre preocupados** “há 3 anos que não estou descansada em lado nenhum” E2.

Tomar conta é percecionado pelos MFPC como uma **responsabilidade que é sua unicamente** “sou eu que trato dele todos os dias, sou eu que tenho a responsabilidade dele” E3.

Mesmo tendo a ajuda de familiares ou vizinhos em algumas tarefas de assistência ao DF, isso não os liberta de sentirem-se continuamente a tomar conta do DF e, conseqüentemente, trazer-lhes maior cansaço e solidão, “(...) os filhos vêm aqui meia hora. E depois vão para casa, e eu fico (...)” E2, “as minhas filhas, às vezes, passam aqui para ver a avó, mas sabe, têm a vida delas, quem está aqui sou eu (...)” E10.

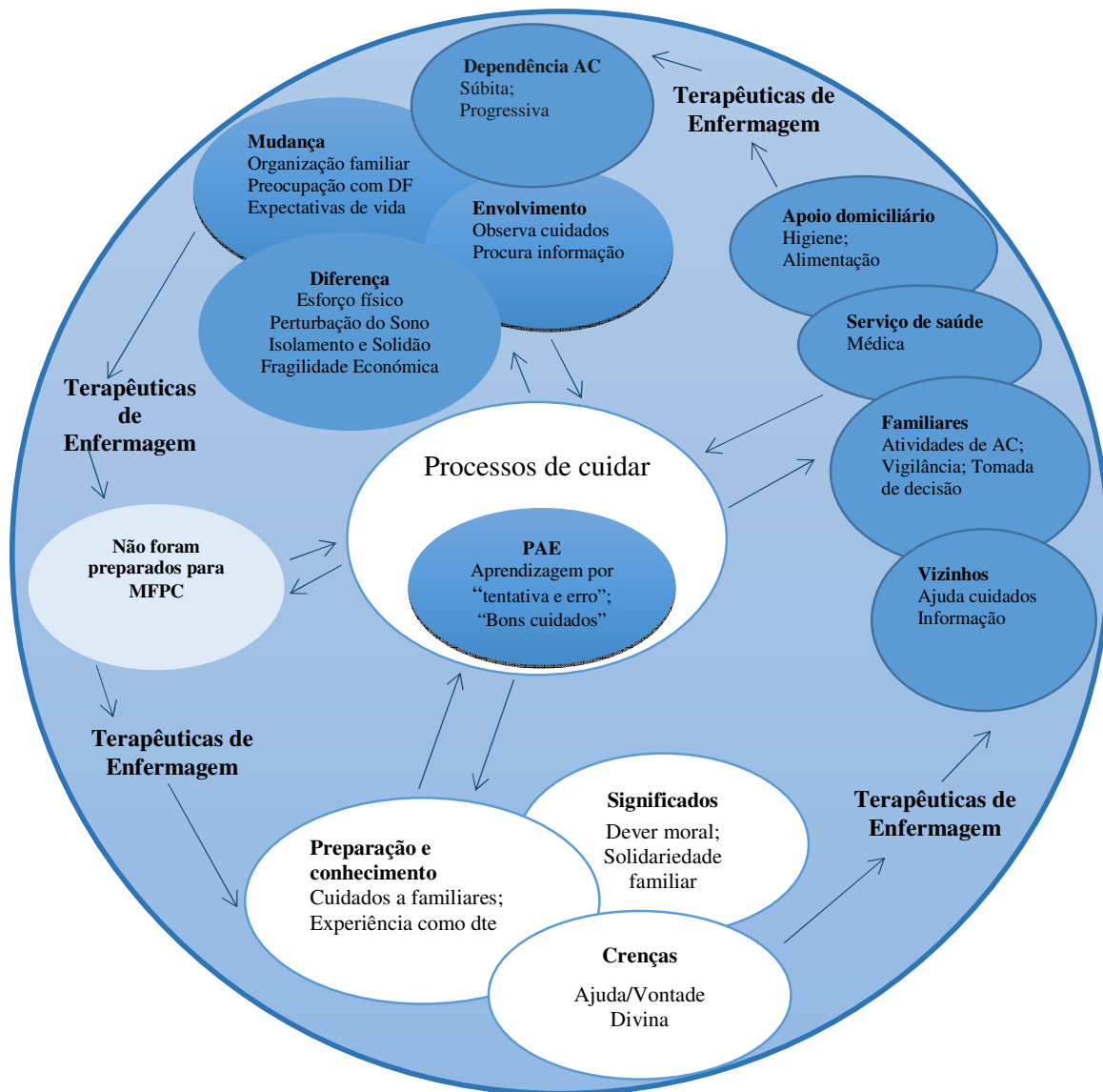
Ter o papel de MFPC é **sentirem-se sós e isolados** “(...) o que me aflige é assim, é a solidão da minha parte, porque estou aqui dentro, dias e noites sozinha” E2; “tenho chorado muito, estou cansada, não saio da beira dele, não posso ir a lado nenhum” E7.

Tomar conta do DF **exige esforço e provoca cansaço** na realização de vários domínios e de atividades de autocuidado: Erguer “(...) é com o meu esforço que a tenho que erguer” E1, “agarro-o por trás, levanto-o e senta-se na cama, custa um bocado” E3; Virar “para se virá-la é difícil, é um castigo, é pesada” E5, “às vezes custa muito, quero virá-la, e é tudo à força do meu braço (...)” E10; Transferir para a cadeira/cama “ (...) sou eu que a puxo para a cadeira, ela é um bocado pesada, mas se ela cai ao chão é que não consigo” E1; Alimentar “(...) quando lhe dá para se engasgar é uma aflição, estou sempre a ver quando ela fica abafada” E10, “ (...) é preciso é ter paciência para estar ali (...) comer com muita pressa, ela não come (...)” E5; Dar banho “tenho que ter esta grade fechada, quero virá-la, fecho aquela e venho e abro esta (...) uma coisa que se faz em meia hora eu às vezes levo uma hora e tal a prepará-la “ E5; Trocar lençol da base da cama “a fazer a cama, puxo-a para ali e depois tenho que a puxar para cá outra vez, ela não dá jeito nenhum, nem lhe digo, é de uma pessoa ficar derriadinha” E8; Dar a

medicação: além dos diversos medicamentos que têm de administrar oralmente e várias vezes ao dia, têm, ainda, a avaliação dos valores da T.A. e da glicemia capilar e ajustar a respetiva medicação de acordo com os resultados “(...) eu perdia-me com tantos medicamentos, era de manhã, era ao meio-dia, era à noite, era medicamentos para dormir, e um dia fui à médica e disse-lhe: eu perco o controlo (...). Agora apenas toma de manhã quatro e um ao meio dia (...) eu acho que ela estava a tomar muita medicação, medicamentos para dormir arrumei com eles. E olhe, eu tenho aguentado boas tensões, que eu tenho uma máquina de medir tensões (...) e pico-lhe os diabetes e ponho no livrinho (...) a médica vem aqui de vez em quando, ela mede-lhe e está tudo bem (...) é possível levar a coisa mais ou menos controlada” E5.

Tomar conta do DF ativa o desenvolvimento de competências nos processos de cuidar, levando os MFPC a monitorizar o estado da pele do familiar “acamado”, a interpretar os sinais de degradação da condição de saúde do DF, a tomar decisões sobre a aquisição de produtos de apoio, a agir organizando, de acordo com as necessidades do DF, as tarefas do autocuidado no sentido de serem prestadas atempadamente ao DF, a ajustar às necessidades os espaços físicos para eliminar barreiras arquitetónicas, a aceder recursos dos serviços da comunidade de apoio domiciliário, a prestar cuidados diretos ao DF, a trabalhar em parceria com o DF promovendo a autonomia e a Negociar com os serviços de saúde ao chamar o médico a casa para vigilância do estado de saúde do DF.

FIGURA 12: Tomar conta: processo de transição do MFPC



5. CONCLUSÕES

O percurso de investigação realizado foi conduzido para a identificação do fenómeno da dependência no autocuidado, em contexto familiar, e dos fatores que interferem com a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados. Estes revestem-se de interesse para a disciplina da enfermagem, uma vez que a identificação de padrões de necessidades e de intervenções “constitui a força unificadora do conhecimento que a disciplina busca” (Newman, 2002, p.2).

Pretende-se com este capítulo dar a conhecer as principais conclusões que emergiram da investigação efetuada, o que conduz à apresentação da contextualização do problema, da metodologia selecionada e à explicitação das conclusões que levam a melhorar o conhecimento da enfermagem.

No primeiro capítulo, destacam-se dois conceitos centrais para a enfermagem:

- O autocuidado como a capacidade de a pessoa iniciar e executar ações dirigidas para o cuidado de si e das pessoas que estão dependentes dela, para manter a saúde e o bem-estar (Orem, 2001), e da relevância dos cuidados de enfermagem para assegurar o bem-estar e o autocuidado quando a pessoa não identifica os requisitos necessários quer para o seu autocuidado quer para o autocuidado das pessoas que tem a seu cargo (OE, 2002);
- A transição para MFPC como um processo de aprendizagem que requer intervenções de enfermagem no sentido de ajudar a pessoa a viver uma transição saudável e a incorporar uma nova identidade (Montgomery & Kosloski, 2009; Meleis et al., 2010), reconhecendo-se que a implementação para o papel de Tomar conta não é, ainda, tida como uma prática profissionalizada dos enfermeiros (Petronilho, 2007; Schumacher et al., 2008; Shyu et al., 2011).

O envelhecimento demográfico acompanhado por um acréscimo de doenças crónicas com repercussões na funcionalidade e na execução das AVD determina novas necessidades em saúde (DGS, 2010). E, na certeza de que os cuidados de enfermagem constituem-se como uma parte essencial dessas necessidades em saúde, realizou-se um estudo com a finalidade de melhorar o conhecimento sobre o fenómeno da dependência

no autocuidado, em contexto familiar, a fim de projetar tendências sobre as necessidades das pessoas dependentes no autocuidado e das suas famílias, modelos de prestação de cuidados de enfermagem, a utilização de recursos e identificar os fatores que interferem na transição para MFPC.

As opções metodológicas estão definidas no segundo capítulo. A investigação alicerçou-se numa pesquisa de método misto, incorporando um estudo com método quantitativo e um estudo com método qualitativo, o que possibilitou uma visão mais global e dinâmica do fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar (Polit & Beck, 2011).

Realizou-se, primeiro, um estudo exploratório de base populacional incidindo na caracterização das famílias que integram dependentes no autocuidado no concelho da Maia.

A população do estudo foi constituída pelas famílias clássicas residentes no concelho da Maia, considerando-se por família clássica a pessoa independente que ocupa uma parte ou a totalidade de um alojamento ou, o conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco de direito ou de facto entre si, podendo ocupar a totalidade ou a parte do alojamento (INE, 2010).

A determinação da amostra fez-se por uma amostragem aleatória estratificada, o que possibilita a generalização dos resultados obtidos para a população (Marôco, 2010). Assim, a amostra estabelecida incluiu elementos de todas as freguesias do concelho da Maia, tendo-se constituído como representativa da população. A amostra, no seu total, foi formada por 1491 agregados familiares.

Na recolha de dados foi aplicado o formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”, constituído por duas partes distintas - parte I: Inquérito preliminar e parte II: Formulário PDC -, sendo um instrumento com muito boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2003). Este instrumento tem vindo a ser utilizado em várias pesquisas para o estudo do fenómeno da dependência no autocuidado, no âmbito de um projeto de investigação alargado da UNIESEP, demonstrando grande validade e fidelidade. A recolha de dados foi efetuada “porta a porta” por um grupo de cinco enfermeiros, o que garantiu o juízo clínico fundamentado sobre a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado. O período de recolha de dados realizou-se entre o mês de Fevereiro e Abril de 2011. O tempo médio gasto na aplicação de cada formulário foi de cerca de 50 minutos.

Para a análise dos dados recorreu-se ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 18,0. Realizou-se primeiro a análise estatística descritiva e, numa segunda fase, a análise de clusters.

Após a análise dos dados obtidos no primeiro estudo, evoluiu-se para um estudo de natureza qualitativa para compreender-se como é que os MFPC experienciaram a transição para o exercício do papel e os fatores que interferiram na transição.

Os participantes foram selecionados com base nos MFPC de pessoas dependentes no autocuidado que integraram o primeiro estudo, referenciados como informantes privilegiados e que estavam no exercício do papel, há, pelo menos, um ano. Efetuaram-se dez entrevistas semiestruturadas que foram transcritas e analisadas através do método de comparações constantes (Strauss & Corbin, 1990). As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre Junho de 2012 e Fevereiro de 2013.

A análise de todos os dados viabilizou a identificação da natureza, condições inibidoras e facilitadoras e competências desenvolvidas relativas à experiência de transição para o exercício do papel de Tomar conta.

O capítulo três refere-se à apresentação e discussão dos resultados encontrados no estudo quantitativo, cujas principais conclusões são:

- Identificou-se que a proporção de famílias clássicas do concelho da Maia que integram uma pessoa dependente no autocuidado é de 8,38%;
- Do total das 125 famílias que integravam dependentes no autocuidado e que aceitaram responder à parte I do Formulário, somente 98 famílias participaram na resposta à totalidade do Formulário, pelo que os resultados apresentados correspondem a esse número;
- A proporção de famílias que incorporavam dependentes não era similar em todas as freguesias. As freguesias de Silva Escura, São Pedro de Fins e Vila Nova da Telha apresentavam maior proporção de famílias a tomarem conta de dependentes familiares, podendo, este facto, estar relacionado com as condições socioculturais das famílias que vivem em meio de maior ruralidade (Figueiredo, 2007);
- A grande maioria das pessoas dependentes no autocuidado é do sexo feminino. Metade das pessoas dependentes tem mais de 80 anos, 50% é casado ou em união de facto e 58,5% com o 1º ciclo do ensino básico;
- O tempo de dependência médio é de 6,8 anos e a instalação gradual da dependência acontece em 65% do total das pessoas;

- A totalidade das pessoas dependentes é polimedicada com uma toma diária, em média, de sete medicamentos com uma variedade de seis fármacos;
- A maioria das pessoas dependentes teve um ou mais episódios de urgência no último ano e cerca de 1/3 teve um ou mais internamento hospitalar no último ano;
- O rendimento económico para 92,8% dos dependentes provém da pensão/reforma, tendo a família um rendimento per capita de 343€, o que releva para uma situação de risco de pobreza, uma vez que não só integra o grupo de pessoas com maiores despesas de saúde (OMS, 2008), como também é, maioritariamente, uma população com 75 e mais anos (CEPCEP, 2012). Além disso, só cerca de metade das famílias recebia o complemento de dependência;
- Os MFPC têm uma média de idade de 55 anos, em que mais de $\frac{3}{4}$ é do sexo feminino e está casado ou em união de facto. A grande maioria habita com o familiar dependente, tendo 42% o parentesco de filho(a) e 30% o de marido/esposa, o que confirma que os familiares (mulheres, pais, maridos), em Portugal, são maioritariamente os cuidadores das pessoas idosas com dificuldades nas atividades da vida diária (CEPCEP, 2012). Metade dos MFPC possui 1º ciclo do ensino básico e mais de metade tem ocupação profissional;
- No que se refere ao *nível de dependência no autocuidado*, conclui-se que as pessoas dependentes, em contexto familiar, apresentam um alto nível de dependência:
 - verificou-se que mais de 90% dos dependentes necessita da ajuda do MFPC para Alimentar-se, Tomar banho, Vestir-se e despir-se e Andar;
 - mais de metade dos DF requer auxílio do MFPC para Transferir-se e Elevar-se;
 - mais de 1/3 dos DF não consegue Virar-se a não ser com a ajuda do MFPC;
 - uma em cada duas pessoas não consegue, por si só, Elevar-se e Transferir-se;
 - oito pessoas estão completamente dependentes em todos os autocuidados;
 - noventa pessoas requerem ajuda do MFPC para a realização de atividades de autocuidado;
- Na *condição de saúde* das pessoas dependentes, verificou-se que:
 - 85 das 98 pessoas dependentes apresentam rigidez articular;

- mais de 1/5 dos DF tem compromisso na limpeza das vias aéreas, compromisso na integridade da pele, sinais aparentes de desidratação e incontinência intestinal;

- um DF em cada quatro tem uma queda por mês;

- cerca de 10% dos DF tem a deglutição comprometida, sinais aparentes de desnutrição e alteração do estado mental;

- Quanto à *PAE*, encontraram-se os seguintes resultados:

- a grande maioria dos MFPC considera-se medianamente competente e muito competente para Tomar conta do familiar dependente;

- para Virar o DF 1/4 dos MFPC considera-se incompetente e pouco competente;

- para Transferir o DF 1/6 dos MFPC considera-se incompetente e pouco competente;

- para dar medicação metade dos MFPC sente-se medianamente competente;

- cerca de 10% dos MFPC sente-se pouco competente nos processos de cuidar Decidir, Trabalhar em parceria com o familiar cuidado, Aceder a recursos e Ajustar (Schumacher et al., 2000);

- Em relação à *intensidade dos cuidados prestados* pelo MFPC ao DF, verificou-se que:

- por dia, o MFPC dá quatro refeições, três vezes água (líquidos) fora das refeições, lava duas vezes a cara e as mãos ao DF;

- uma vez por dia, o MFPC inspeciona as zonas de proeminências ósseas do DF, inspeciona o períneo, Senta, Levanta (pôr de pé), Transfere, Lava os dentes e Penteia os cabelos ao DF;

- o MFPC, por dia, não Realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores e membros superiores; não Assiste no andar; não Massaja a pele das proeminências ósseas; não Movimenta o DF na cadeira de rodas e não Posiciona na cama/cadeira;

- duas vezes por semana, o MFPC dá banho e lava os cabelos ao DF e uma vez por semana, aplica cremes hidratantes, desodorizantes/perfumes e limpa os ouvidos ao DF;

- por semana, o MFPC não corta/apara a barba e não desenvolve atividades estimulantes da memória;

- por mês, o MFPC arranja duas vezes as unhas do DF, contudo não aplica a maquilhagem e não leva a passear/sair na cadeira de rodas o DF;

- O *nível de incentivo* (Nunca, Às vezes, Sempre) que os MFPC usaram para promover a autonomia dos dependentes familiares, obteve o valor médio de 2,13, significando que, em média, os MFPC incentivam Às vezes os DF para a autonomia no autocuidado:
 - 2/3 dos MFPC incentiva sempre o DF a utilizar o sanitário e a alimentar-se sozinho;
 - cerca de 50% dos MFPC incentiva sempre a Sentar-se e a Levantar-se;
 - a maioria dos MFPC incentiva às vezes o DF a beber água fora das refeições;
 - a maioria dos MFPC nunca incentiva para autonomia nas atividades Utilizar sozinho a cadeira de rodas e Tossir quando apresenta secreções;
- Na *utilização dos recursos/equipamentos*, apurou-se que:
 - os recursos com uma taxa de utilização superior a 50% estão relacionados com os autocuidados Tomar medicação, Andar, Recursos complementares, Usar sanitário e Alimentar-se;
 - os recursos/equipamentos com uma taxa de utilização inferior a 50% estavam associados aos autocuidados Vestir-se e despir-se, Arranjar-se, Transferir-se, Elevar-se, Tomar Banho e Virar-se;
 - a grande maioria dos agregados familiares tinha como recurso económico a reforma/pensão e cerca de metade das famílias recebia o complemento de dependência;
 - praticamente a totalidade das famílias recorria ao Hospital e às USF, como recurso de saúde/instituições;
 - todas as famílias tinham o médico como recurso de saúde;
 - ¾ das famílias tinha o enfermeiro como recurso de saúde;
 - ¼ das famílias utilizava como recurso de saúde a assistente social e o fisioterapeuta;
- Através da análise de clusters, construiu-se um modelo explicativo com a definição de dois grupos, em que a dependência no autocuidado, o incentivo à autonomia e a condição de saúde tiveram maior importância:
 - focando a análise nos casos e não nas variáveis, detetaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, tendo sido identificados dois tipos de perfis em função da dependência no autocuidado: o perfil de famílias que integram pessoas dependentes que estão “acamadas” e o perfil de famílias que integram pessoas dependentes que não estão “acamadas”;
 - o perfil de famílias que integram pessoas dependentes que estão “acamadas” era constituído pelas pessoas com um maior grau de

dependência no autocuidado, pior condição de saúde, em que a maioria era dependente para Levantar-se ou Posicionar-se ou Transferir-se; os MFPC incentivavam menos à autonomia do DF, prestavam cuidados com mais frequência, faziam menor utilização de equipamentos para a assistência ao DF e a sua PAE era mais baixa; a maioria dos MFPC inspecionava as zonas de proeminências ósseas, Massajava as zonas de proeminências ósseas, inspecionava a zona do períneo e Posicionava o DF mais de uma vez por dia;

- o perfil de famílias que integram pessoas dependentes que não estão “acamadas” incorporava as pessoas que tinham um menor nível de dependência, apresentavam melhor condição de saúde e a maioria não era dependente para Levantar-se nem para Posicionar-se nem para Transferir-se; os MFPC incentivavam mais os DF para a sua autonomia, as atividades de autocuidado que executavam eram em menor quantidade, utilizavam um maior número de recursos na assistência ao DF e a sua PAE era mais elevada; a maioria dos MFPC inspecionava as zonas de proeminências ósseas até uma vez por dia, não Massajava as zonas de proeminências ósseas, inspecionava a zona do períneo e Posicionava o DF até uma vez por dia.

No capítulo quatro dá-se conta da análise e dos resultados obtidos com o estudo qualitativo. Seguidamente elencam-se as principais conclusões:

- No início do processo de transição para Tomar conta os MFPC não tinham a noção das implicações que esse facto teria nas suas vidas “nunca pensei que a minha vida ficasse assim, desde que ficou doente, a minha vida não é a mesma” E7, o que vai de encontro a resultados de outros estudos, em que os familiares cuidadores diziam que, no princípio, desconheciam a extensão do que lhes iria ser exigido (Rotondi et al., 2007; Benjumea, 2009; Louro, 2009; Pereira, 2011; Ferraz Pereira, 2011);
- Tomar conta do DF foi descrito pelos MFPC como uma experiência que teve repercussões na sua vida pessoal e lhes trouxe maiores dificuldades económicas;
- Os cuidados que os MFPC prestam ao DF consumiam uma parte significativa do tempo do seu dia-a-dia. Sentiam-se sempre preocupados e percecionavam que tomar conta do DF era somente da sua responsabilidade;

- Os MFPC não tinham tempo para si e para as suas relações sociais, sentindo-se sós e isolados “(...) o que me aflige é assim, é a solidão da minha parte, porque estou aqui dentro, dias e noites sozinha” E2; “tenho chorado muito, estou cansada, não saio da beira dele, não posso ir a lado nenhum” E7;
- Os cuidados que realizavam ao DF, relacionados com as atividades de autocuidado, exigia-lhes esforço e provocava cansaço. Todos estes aspetos têm vindo a ser encontrados, igualmente, em vários estudos (Figueiredo, 2007; Louro, 2009; Araújo, 2010; Ferraz Pereira, 2011; Pereira, 2011);
- Os MFPC não foram preparados para o exercício do papel de prestador de cuidados;
- Na transição do hospital/casa, os MFPC referem que souberam que o DF ia ter alta no próprio dia e não tiveram acompanhamento pelos serviços domiciliários “(...) cheguei lá [serviço de internamento hospitalar] e disseram: vai ter que a levar para casa. Mandaram-na embora sem me dizerem nada, não me explicaram nada (...) Trouxe-a na ambulância, os bombeiros deitaram-na na cama e foram embora. E eu fiquei aqui sem saber o que fazer (...)” E4;
- A equipa de saúde e, particularmente, os enfermeiros, quer na transição do hospital/casa, quer em contexto domiciliário não identificaram as necessidades do MFPC para prestar cuidados ao DF; não instruíram os MFPC sobre a execução dos cuidados; não supervisionaram os cuidados realizados ao DF; não deram informação sobre os produtos de apoio e sobre os serviços de apoio da comunidade;
- A ausência da preparação do regresso a casa e do acompanhamento dos MFPC no domicílio origina que “(...) fomos aprendendo à nossa custa e agora vamos fazendo, é o hábito (...)” E6, ou seja, que a aprendizagem dos MFPC foi feita por “tentativa e erro”, também evidenciada em outros estudos (Petronilho, 2007; Louro, 2009; Araújo, 2010; Ferraz Pereira, 2011; Cunha Pereira, 2011; Pereira, 2011);
- Os MFPC com o acumular da experiência de Tomar conta, reconheceram que se adaptaram e que se sentiam capazes para cuidar do DF, demonstrando que desenvolveram habilidades nos processos de cuidar (Schumacher et al., 2000). A mestria no cuidado aumenta com o tempo e no confronto de situações que os MFPC têm que gerir, no entanto, tem que ser atualizada devido às circunstâncias que se modificam no Tomar conta (Benjumea, 2004). Por isso, a

importância dos enfermeiros ajudarem os MFC, com o intuito de assegurar que os cuidados prestados à pessoa dependente sejam os mais adequados.

Ao terminar este relatório, pretende-se ainda salientar alguns aspetos que se prendem com as limitações da aplicação do instrumento do primeiro estudo e com a finalidade definida para a investigação.

A recolha de dados foi efetuada por enfermeiros investigadores. No entanto, não lhes foi possível observar a forma como os MFPC prestavam os cuidados à pessoa dependente no autocuidado. Uma vez que os dados obtidos corresponderam à perceção do MFPC, depara-se com uma limitação da aplicação do Formulário. Para próximas investigações, será de ponderar a probabilidade de concretizar a recolha de dados associada a momentos do desenvolvimento de atividades dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, com as famílias.

Quanto à finalidade proposta para este estudo, considera-se que foi atingida, pelo que passar-se-á, de seguida, a fazer algumas observações.

Tem vindo a confirmar-se o aumento progressivo do envelhecimento demográfico ao longo dos anos em Portugal, sendo o índice de dependência de idosos em 2013 de 29,9 (PORDATA, 2014). É de assinalar, ainda, que o número de idosos com mais de 80 anos passou de 340,0 milhares em 2000, para 484,2 milhares em 2010 (INE, 2011). Esta situação origina um quadro de dependência no autocuidado, levantando novas necessidades em saúde desta população. A prestação de cuidados de saúde, a nível do Serviço Nacional de Saúde, não tem conseguido responder cabalmente às necessidades da população envelhecida e com dependência no autocuidado, verificando-se internamentos evitáveis e agravamento das dependências, por não haver serviços de proximidade e de apoio domiciliário (Louro, 2009; SEDES, 2012).

O fenómeno da dependência no autocuidado está intrinsecamente ligado à problemática dos MFPC. Há muito que está evidenciado que são as famílias que tomam conta dos familiares dependentes no autocuidado. Em 2002, o Parlamento Europeu aprovou “(...) a necessidade de desenvolver importantes esforços com vista ao reconhecimento do papel dos prestadores de cuidados na família, bem como para a necessidade de dedicar especial atenção à acessibilidade dos cuidados de saúde para todos e à qualidade dos serviços prestados” (2002, p.723). Na Europa, 80% de todos os cuidados a pessoas dependentes são prestados pelos familiares cuidadores (Hoffman & Rodrigues, 2010).

Em Portugal, são as famílias que maioritariamente tomam conta dos dependentes familiares, aceitando-se como imprescindível o apoio continuado às famílias cuidadoras,

no sentido de manter os idosos no seu domicílio e, desta forma, contribuir para a sua qualidade de vida, sendo ainda uma resposta menos dispendiosa a nível de política social e mais humana no que se refere ao idoso (CEPCEP, 2012). Todavia, o apoio a dar às famílias que integram dependentes no autocuidado, requer que os serviços de saúde detenham o conhecimento sobre o fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar.

É reconhecido que um dos principais problemas no sector da saúde, em Portugal, é a insuficiência de dados epidemiológicos, o que impossibilita o planeamento estratégico da oferta dos cuidados, segundo as características da população, e dificulta o estabelecimento de prioridades. Igualmente, a falta de informação epidemiológica concorre para que o planeamento e gestão de recursos humanos sejam inadequados (SEDES, 2012).

Poder-se-á afirmar que o presente estudo forneceu dados que permitem melhorar a informação epidemiológica sobre o fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar. De facto, tornou-se visível a realidade da existência de um conjunto numeroso de pessoas que está dependente da ajuda dos MFPC para a realização de todos os autocuidados, pessoas essas que estão confinadas a permanecer continuamente na cama, por não terem capacidade para movimentar o corpo de um lado para o outro e para mudar a sua posição no leito. Dados que põem a descoberto a existência de dois perfis de casos de famílias que integram dependentes no autocuidado e, conseqüentemente, das necessidades em cuidados de saúde e, particularmente, de cuidados de enfermagem.

Ficou também patente a existência de elevada dependência no autocuidado dos casos desta amostra, que se repercute no compromisso dos processos corporais, como a rigidez articular, a presença de úlceras de pressão e os sinais aparentes de desidratação. Reportam estes dados para as necessidades de aprendizagem dos MFPC para a prestação dos cuidados ao DF, no sentido da prevenção de complicações que, neste estudo, não foram colmatadas pela equipa de saúde e, particularmente, pelos enfermeiros. De facto, está identificado que há um agravamento da condição de saúde das pessoas dependentes no que se refere ao sistema tegumentar e músculo-esquelético entre o momento da alta clínica e um mês após o regresso a casa (Petronilho, 2007; Petronilho, 2013).

Coloca-se então a questão de como é que tem vindo a ser feita a referenciação das pessoas dependentes no autocuidado pela equipa de saúde e, em especial, pelos

enfermeiros, a fim que os mesmos possam usufruir dos cuidados continuados integrados a que têm direito.

Os resultados encontrados podem ainda contribuir para o planeamento da oferta de cuidados em enfermagem. Parece haver, claramente, uma urgência na mudança das políticas até agora adotadas na dotação dos enfermeiros e, muito especificamente, em contexto comunitário. Não pode esquecer-se que em Portugal, atualmente, o rácio é de 6,23 enfermeiros por 1000 habitantes, enquanto a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) aponta o rácio de 8,6 enfermeiros por 1000 habitantes. E, tendo como referência dois dos eixos estratégicos para o sistema de saúde definidos no PNS 2012-2016 - cidadania, equidade e acesso -, aceitar-se-á que é premente identificar e avaliar as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, no que diz respeito às suas necessidades em cuidados de saúde. Constatase que “muitos idosos vivem “acamados” e “sentados” em cadeiras de rodas, quando poderiam ser autónomos” (Portugal, 2004, p.33), sendo esta situação suscetível de prevenção, caso o sistema de saúde cumpra com o designado nas políticas de saúde, ou seja, providencie a equidade e o acesso aos cuidados de saúde necessários destas famílias que integram dependentes no autocuidado.

Por isso, a pertinência do conhecimento do fenómeno da dependência no autocuidado, em contexto familiar, no sentido de mostrar a importância de alterações estruturais na organização dos cuidados de saúde.

Poder-se-á referir que, a partir do conhecimento da proporção de famílias que integram dependentes no autocuidado, há a possibilidade de fazer a reorganização territorial das ECCL, a fim de promover a acessibilidade dos cuidados e, simultaneamente, os cuidados de proximidade às pessoas com dependência no autocuidado de acordo com o consignado na RCCI (Portal da Saúde). Até porque a RCCI tem que continuar a desenvolver-se, dando prioridade à resolução de assimetrias, e agilizar o processo de referenciação do doente para a RCCI (relatório 2013).

Para as famílias poderem prestar cuidados adequados à pessoa dependente no autocuidado e, também preservarem a sua saúde e bem-estar, a equipa de saúde e, especialmente, os enfermeiros, terão que ajudar o MFPC a viver uma transição saudável. E, não poderá ser escamoteada a situação de crise económica que está a ter repercussões relevantes nas condições de vida e bem-estar deste grupo populacional, pois pessoas com rendimentos mais baixos, com menos habilitações ou menor qualificação tendem a ter uma maior prevalência de problemas de saúde e a viver menos

anos, pelo que é recomendável a adoção de políticas de saúde pública que minimizem esses efeitos (OPSS, 2013).

Por último, o planeamento da preparação das famílias para Tomar conta requer que seja assumido pelos enfermeiros como uma prática profissionalizada. E, no âmbito da transição para o exercício do papel de MFPC, as terapêuticas de enfermagem que emergiram da análise do processo de tomar conta neste trabalho, poderão suportar uma transição saudável para MFPC e, igualmente, melhorar a condição de saúde do DF. Assim, as terapêuticas de enfermagem que se identificaram relacionam-se com: promover a consciencialização; promover o uso de produtos de apoio; promover reuniões com os elementos da família; elogiar o esforço no exercício do papel do MFPC; ensinar, instruir e treinar técnicas nos diferentes domínios de autocuidado; ensinar, instruir e treinar o uso de produtos de apoio; ensinar, instruir e treinar o uso de equipamento; informar sobre os recursos da comunidade: serviços de apoio domiciliário e centro de dia; supervisionar os cuidados prestados ao DF nos diferentes domínios de autocuidado; e avaliar as condições de habitação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, I. (2010). Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem. Tese de candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem, submetida ao instituto de ciências biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Araújo, I.; Paul, C.; Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: a sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (3), 45-53.

Backman, K.; Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (3), 564-572.

Backman, K.; Hentinen, M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Nordic College of Caring Sciences*, 15 (3), 195-202.

Bakas, T.; Austin, J.; Okonkwo, K.; Lewis, R.; Chadwik, L. (2002). Needs, concerns, strategies and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34 (5), 242-251.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.

Barbosa, L. (2012). A percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados após um internamento do familiar dependente. Dissertação de candidatura ao grau de mestre, submetida à Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Bauer, M.; Fitzgerald, L.; Haesler, E.; Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (1), 2539-2546.

Beaglehole, R.; Bonita, R.; Kjellström, T. (2006). *Basic Epidemiology* (2nd ed). [Em linha]. [Consult. 10 Mar. 2010]. Disponível na internet:<URL:http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547073_eng.pdf>.

Benjumea, C. (2009). Estar tranquila: la experiencia del descanso de cuidadoras de pacientes con demencia avanzada. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 2-10.

Blair, C. (1999). Effect of self-care ADLs on self-esteem of intact nursing home resident. *Issues in Mental Health Nursing*, 20 (6), 559-570.

Boughton, M.; Halliday, L. (2009). Home alone: patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemporary Nurse*, 33 (1), 30-40.

Branco, M.; Paixão, E. (2008). Uma observação sobre cuidados continuados no domicílio. [Em linha]. [Consult. 5 Fev 2013]. Disponível na internet:<URL:<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/CuidadosContinuadosnodomicilio.aspx>>.

Brereton, L.; Nolan, M. (2000). 'You do know he's had a stroke, don't you?' Preparation for family care-giving: the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*, 9 (4), 498-506.

Brereton, L.; Nolan, M. (2002). Seeking: a key activity for new family carers of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (1), 22-31.

Bridges, W. (2004). *Transitions: making sense of life's changes* (2th ed). New York: Addison-Wesley.

Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: uma teoria explicativa*. Tese de candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Cameron, J.; Gignac, M. (2008). Timing it right: a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from hospital to the home. *Patient Education and Counseling*, 70 (3), 305- 314.

Campos, M.; Silva, A. (2011). A percepção de auto-eficácia específica dos membros da família prestadores de cuidados. [Em linha]. [Consult. 12 Abril 2014]. Disponível na internet:<URL:http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LkSfYn9tgK8J:https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php%3Fid_abstract%3D3555%26id_event%3D64+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>.

Carretero, S.; Garce's, J.; Rodenas, F.; Sanjosé, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49 (1), 74-79.

Carvalho, M. (2010). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós*, 12 (1), 77-96.

Cavanagh, S. (1993). *Modelo de Orem: aplicación práctica*. Barcelona: Ediciones Masson-Salvat.

CEPCEP (2012). Envelhecimento da população portuguesa: dependência, ativação e qualidade. [Em linha]. [Consult. 9 Set. 2014]. Disponível na internet:<URL:http://www.fch.lisboa.ucp.pt/site/custom/template/ucptpl_fac.asp?SSPAGEID=1051&lang=1&artigoID=6241>.

Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

Chick, N.; Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In P.L. Chinn (Ed). *Nursing Research Methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.

Chiu, W.; Newcomer, R. (2007). A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Professional Case Management*, 12 (6), 330-336.

Coleman, E. (2008). Person-centered models for assuring quality and safety during transitions across care settings. [Em linha]. [Consult. 11 Fev. 2013]. Disponível na internet:<URL:<http://www.caretransitions.org/documents/Coleman%20Senate%20Aging%20Testimony%20July%202008.pdf>>.

Costa, A. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho do Lisboa*. Tese de candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Decreto-Lei nº101/2006 D.R. I Série – A N.º 109 (2006-06-06). [Em linha]. [Consult. 14 Mar. 2012]. Disponível na internet:<URL:<http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislação/1012006.pdf>>.

De La Cuesta, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado. *Revista Rol de Enfermería*, 27 (12), 51-59.

Denzin, N.; Lincoln, Y. (2006). *O planeamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.

Direcção-Geral da Saúde (2012). Programa nacional de saúde 2012-2016. [Em linha]. [Consult. 11 Fev. 2013]. Disponível na internet:<URL:http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Saúde_2013-01-17_.pdf>.

Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 1165-1173.

Duque, H. (2009). *O doente dependente no autocuidado: estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Entidade Reguladora da Saúde (2013). Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde. [Em linha]. [Consult. 12 Dez. 2013]. Disponível na internet:<URL:[http:// https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/824/Cuidados_continuados.pdf](http://https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/824/Cuidados_continuados.pdf)>.

Fernandes, P. (2014). *Famílias que integram dependentes no autocuidado no concelho da Maia: caracterização das necessidades da pessoa dependente*. Dissertação de candidatura ao grau de mestre, submetida à Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Figueiredo, R. (2007). *A pessoa em fim de vida no hospital: modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem*. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.

Gibson, M.; Kelly, K.; Kaplan, A. (2012). *Family caregiving and transitional care: a critical review*. San Francisco: Family Caregiver Alliance.

Given, B.; Sherwood, P.; Given, C. (2008). What knowledge and skills do caregivers need? *American Journal of Nursing*, 108 (9), 28-34.

Grimmer, K.; Moss, J.; Gill, T. (2000). Discharge planning quality from the carer perspective. *Quality of Life Research*, 9 (1), 1005-1013.

Grimmer, K.; Falco, J.; Moss, J. (2004). Becoming a carers for an elderly person after discharge from an acute hospital admission. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 2 (4), 1-8.

Hoffmann, F.; Rodrigues, R. (2010). Informal carers: who takes care of them? [Em linha]. [Consult. 23 Jan. 2013]. Disponível na internet: <URL: http://www.euro.centre.org/data/1274190382_99603.pdf>.

Høy, B.; Wagner, L.; Hall, E. (2007). Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21 (4), 456-466.

Imaginário, C. (2004). O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

International Council of Nursing (2005). Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE®. Loures: Lusociência.

International Council of Nursing (2011). CIPE®-Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 1.0. Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística (2001). Censos 2001 resultados definitivos Portugal. [Em linha]. [Consult. 15 Maio 2013]. Disponível na internet: <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=133411&PUBLICACOESmodo=2>.

Instituto Nacional de Estatística (2003). Projeção da população residente 2000-2050. [Em linha]. [Consult. 13 Maio 2013]. Disponível na internet: <URL: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D96307%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=HT-2VJWcD8GqU5npgrAI&usg=AFQjCNHE05CLRki3QuDY6-Jiute5Gud1XQ&bvm=bv.83640239,d.bGQ>.

Instituto Nacional de Estatística (2006). Setenta anos: o Instituto Nacional de Estatística ao serviço da Sociedade Portuguesa. [Em linha]. [Consult. 13 Maio 2013]. Disponível na internet:<URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=143575&PUBLICACOESmodo=2>.

Instituto Nacional de Estatística (2009). Inquérito Piloto dos Censos 2011. XV Recenseamento Geral da População e V Recenseamento Geral da Habitação. [Em linha]. [Consult. 13 Maio 2013]. Disponível na internet:<URL:<http://smi.ine.pt/DocumentacaoMetodologica/Detalhes/?id=910&lang=PT>>.

Instituto Nacional de Estatística (2011). Rendimentos e condições de vida (dados provisórios 2011). [Em linha]. [Consult. 13 Maio 2013]. Disponível na internet:<URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=132814977&DESTAQUESmodo=2>.

Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011 resultados definitivos Portugal. [Em linha]. [Consult. 13 Maio 2013]. Disponível na internet:<URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2>.

Jesus, N.; Cardoso, M. (2007). Análise de agrupamento incremental - segmentação de pontos de retalho. *Revista de Ciências da Computação*, 2 (2), 26-38.

Johnson, M. [et al.] (2008). *NOC-Classificação de resultados de enfermagem*. Porto Alegre: Elsevier Editora.

Kathy, C. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

Kuhn, T. (2009). *A estrutura das revoluções científicas*. Lisboa: Guerra e Paz Editores, S.A.

Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In C. Paúl e A. M. Fonseca (Coord.). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi.

Lage, I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador Informal*. Tese de candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Lamura, G.; Mnich, E.; Nolan, M.; Wojszel, B.; Krevers, B.; Mestheneos, L.; Döhner, H. (2008). Family carers' experiences using support services in Europe: empirical evidence from the EUROEAMCARE study. *The Gerontologist*, 48 (6), 752-771.

Leão, A. (2012). A percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados após um internamento do familiar dependente. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, submetida ao instituto de ciências biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Leonardo, V. (2011). Famílias que integram dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, submetida ao instituto de ciências biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Levine, C. (2006). Caregiver assessment: voices and views from the field. Report from a national consensus development conference (vol. II). San Francisco: Family Caregiver Alliance.

Levine, C.; Halper, D.; Peist, A.; Gould, D. (2010). Bridging troubled waters: family caregivers, transitions and long-term care. [Em linha]. [Consult. 25 Mar. 2012]. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20048369>>.

Levine, C.; Feinberg, L. (2012). Transitions in care: are they person - and family - centered? *Journal of the American Society on Aging*, 36 (4), 36-44.

Louro, M. (2009). Cuidados continuados no domicílio. Tese de candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Lucke, K. [et al.] (2004). Qualitative of life in spinal cord injured individuals and their caregivers during the inicial 6 months following rehabilitation. *Quality of Life*, 13 (1), 97-110.

Marôco, J. (2010). Análise estatística com o PASW Statistic (ex-SPSS). Pêro Pinheiro: PSE - Produtos e Serviços de Estatística.

Martinez-Marcos, M.; Benjumea, C. (2013). How women caregivers deal with their own long-term illness: a qualitative study. *Journal of Advancing Nursing*, 70 (8), 1825-1836.

Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®. Braga: Psiquilibrios Edições.

Martins, M. (2004). O doente e a família: uma parceria de cuidados. Tese de candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Martins, R. (2010). A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Martins, T.; Ribeiro, J.; Garret, C. (2004). Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI): reavaliação das propriedades psicométricas. Revista Referência, 11 (1), 17-31.

Martins, T. (2006). Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Matias, L. (2011). Tomar conta de dependentes em casa: estudo exploratório acerca dos recursos utilizados pelos membros da família prestadores de cuidados no concelho de Lisboa. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

McEwen, M.; Wills, E. (2009). Bases teóricas para enfermagem. Porto Alegre: Artmed.

Meleis, A.; Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook, 42 (6), 255-259.

Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D.; Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advances in Nursing Science, 23 (1), 12-28.

Meleis, A. (2005). Theoretical nursing: development and progress (3th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. (2007). Theoretical nursing: development and progress (4th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.

Montgomery, R.; Koloski, K. (2009). Caregiving as a process of changing identity: implications for caregiver support. *Journal of the American Society on Aging*, 33 (1), 47-52.

Morse, J. (2007). *Metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Newman, M. (2002). The pattern that connects. *Advances in Nursing Science*, 24 (3), 1-7.

Nightingale, F. (1992). *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. Philadelphia: Lippincott Company.

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem*. Loures: Lusociência.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013). *Relatório de primavera 2013: duas faces da saúde*. [Em linha]. [Consult. 19 Mar. 2014]. Disponível na internet:<URL:<http://www.observaport.org/rp2013>>.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa.

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. [trad.] María Rodrigo. Barcelona: Ediciones Masson-Salvat.

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby.

Pallás, J.; Villa, J. (2000). *Métodos de investigación clínica e epidemiológica*. Barcelona: Harcourt.

Parlamento Europeu (2002). *Resolução do Parlamento Europeu sobre a segunda assembleia mundial das nações unidas sobre o envelhecimento*. [Em linha]. [Consult. 6 Out. 2012]. Disponível na internet:<URL:<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+MOTION+B5-2002-0239+0+DOC+XML+V0//PT>>.

Pereira, E. (2011). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado relevância da definição dos cuidados prestados*. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Pereira, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Tese de

candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem, submetida ao instituto de ciências biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Pereira, F. (2009). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Pereira, H.; Botelho, M. (2011). Sudden informal caregivers: the lived experience of informal caregivers after an unexpected event. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (17-18), 2448-2457.

Pereira, I. (2011). Do hospital para casa: estrutura da ação de enfermagem. Tese de candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Pereira, I.; Silva, A. (2012). Ser cuidador familiar: a perceção do exercício do papel. *Pensar Enfermagem*, 16 (1), 16-21.

Pestana, M.; Gageiro, J. (2005). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS® (4ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.

Petronilho, F. (2007). Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Petronilho, F. (2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, nº 21 (1), 43-58.

Petronilho, F. (2012). Autocuidado conceito central da enfermagem. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Petronilho, F. (2013). A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador. Tese de candidatura ao grau de doutor em ciência de enfermagem, submetida à Universidade Nova de Lisboa.

Plank, A.; Mazzoni, V.; Cavada, L. (2012). Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (14), 2072-2082.

Polit, D.; Hungler, B. (2000). Investigación científica en ciências de la salud. México: Interamericana, McGraw-Hill.

Polit, D.; Beck, C.; Hungler, B. (2006). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed.

Polit, D.; Beck, C. (2011). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed.

PORDATA, Base de Dados Portugal Contemporâneo. [Em linha]. [Consult. 9 Set. 2014]. Disponível na internet:<URL:<http://www.pordata.pt>>.

Queirós, C. (2012). Avaliação da perceção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados que tomam conta de familiares dependentes no autocuidado: estudo exploratório no concelho do Porto. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Quivy, R. (2008). Manual de investigação em ciências sociais (5ª ed). Lisboa: Gradiva.

Reinhard, S.; Levine, C.; Samis, S. (2012). Home alone: family caregivers providing complex chronic care. [Em linha]. [Consult. 3 Jan. 2013]. Disponível na internet:<URL:http://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public_policy_institute/health/home-alone-family-caregivers-providing-complex-chronic-care-rev-AARP-ppi-health.pdf>.

Ribeiro, O. (2011). Famílias com dependentes no autocuidado: um olhar sobre a pessoa dependente. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, submetida ao instituto de ciências biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Ribeiro, J. (2010). Metodologia de investigação em psicologia e saúde (3ª ed). Porto: Livpsi.

Rodríguez, B.; Álvarez, E.; Cortés, O. (2001). Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. Revista Rol de Enfermería, 24 (3), 183-189.

Rosas, F.; Brandão de Brito, J. (1996). Dicionário de História do Estano Novo. Venda Nova: Bertrand.

Rotondi, A. [et al.] (2007). A qualitative needs assessment of persons who have experienced traumatic injury and their primary family caregivers. Journal of Head Trauma Rehabilitation, 22 (1), 14-25.

Santos, A. (2004). Acidente Vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Tese de candidatura ao grau de doutor em psicologia, submetida à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Schumacher, K.; Meleis, A. (1994). Transitions a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127.

Schumacher, K. [et al.] (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing and Health*, 23 (3), 191-203.

Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P.; Caparro, M.; Mutale, F.; Agrawal, S. (2008). Effects of caregiving demand, mutuality and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 35 (1), 49-56.

SEDES (2012). O impacto da crise no bem-estar dos portugueses. [Em linha]. [Consult. 15 Abril 2014]. Disponível na internet:<URL:<http://www.sedes.pt/multimedia/File/SEDES-lcc-Estudo.pdf>>.

Sherwood, P.; Hricik, A.; Donovan, H.; Bradley, S.; Given, B.; Bender, C.; Newberry, A.; Hamilton, R.; Given, C. (2011). Changes in caregiver perceptions over time in response to providing care for a loved one with a primary malignant brain tumor. *Oncology Nursing Forum*, 38 (2), 149-155.

Shyu, Y. (2000a). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 619-625.

Shyu, Y. (2000b). Patterns of caregiving when family caregivers face competing needs. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 35-43.

Shyu, Y.; Chen, M.; Chen, S.; Wang, H.; Shao, H. (2008). A family caregiver: oriented discharge planing program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (18), 2497-2508.

Sidani, S. (2003) Self Care. In: Doran, D. *Nursing outcomes: the state of science* (pp. 131-200). USA: Jones & Bartlett Publishers.

Silva, A. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 25 (1), 11-19.

Silva, R. (2011). A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Silva, A. (2012). Avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Sit, J. [et al.] (2004). Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (7), 816-824.

Sorensen, S.; Pinquart, M.; Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42 (3), 356-372.

Spearman, S.; Ehldt, B.; Brown, S. (1993). Research testing theory: a selective review of Orem's self-care theory, 1986-1991. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (10), 1626-1631.

Stajduhar, K.; Funk, L.; Outcalt, L. (2013). Family caregiver learning: how family caregivers learn to provide care at the end of life: a qualitative secondary analysis of four datasets. *Palliative Medicine*, 27 (7), 657-664.

Stoltz, P.; Udén, J.; Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (2), 111-119.

Strauss, A.; Corbin, J. (2008). Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed.

Streubert, H.; Carpenter, D. (2013). Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. Loures: Lusodidata.

Toljamo, M.; Pera, L.; Laukkala, H. (2012). Impact of caregiving on Finnish family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (2), 211-218.

Tomey, A.; Alligood, M. (2007). Modelos y Teorías en Enfermería (6ª ed). Madrid: Elsevier.

Townsend, M.; Kladder, V.; Ayele, H.; Mulligan, T. (2002). Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. *South Dakota Medicine Journal*, 95 (12), 1429-1434.

Trigo, M. (2012). Condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado: estudo descritivo de base populacional no concelho da Maia. Dissertação de candidatura ao grau de mestre, submetida à Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Turner, B.; Fleming, J.; Ownsworth, T.; Cornwell, P. (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: a literature review and research recommendations. *Disability and Rehabilitation*, 30 (16), 1153-1176.

Van Houtven, C.; Voils, C.; Weinberger, M. (2011). An organizing framework for informal caregiver interventions: detailing activities and caregiver and care recipient outcomes to optimize evaluation efforts. *BioMed Central Geriatrics*, 11 (7), 2-18.

Wilkinson, A.; Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (8), 1143-1147.

ANEXOS

**ANEXO I: FORMULÁRIO: FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO
AUTOCUIDADO**

CODIFICAÇÃO:

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO**PARTE I - INQUÉRITO PRELIMINAR / CARACTERIZAÇÃO****INQUÉRITO PRELIMINAR**Aceita responder ao inquérito preliminar? ☐ Sim ☐ Não

Se não, porque:

☐ Não quer ☐ Não reside ☐ Não pode ☐ Não tem tempo ☐ Outro

Vive alguém que precise de ajuda - não esperada para a idade - de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?

☐ Sim ☐ Não

Vive alguém que precise de ajuda/apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?

☐ Sim ☐ Não

Tem algum familiar directo internado num lar ou noutra instituição de saúde?

☐ Sim ☐ NãoAceita responder ao inquérito? ☐ Sim ☐ Não

Se não, porque:

☐ Não quer ☐ Não reside ☐ Não pode ☐ Não tem tempo ☐ Outro**ALOJAMENTO**

Edifício de alojamento familiar

- ☐ Clássico: moradia
☐ Clássico: apartamento
☐ Clássico: outro tipo
☐ Não clássico (barraca, móvel, improvisado)

Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)

- ☐ Muito grandes ☐ Grandes ☐ Médias ☐ Pequenas ☐ Nenhumas

Edifício com acessibilidade a PMC? ☐ Sim ☐ NãoÁrea útil m²N.º divisões N.º ocupantes

Alojamento com:

- | | | | |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------|--|
| <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Retrete | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Instalação de banho ou duche |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Água canalizada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Aquecimento |

FAMÍLIA

Tipo de família

- ☐ Clássica sem núcleo
☐ Clássica com um núcleo
☐ Clássica com dois núcleos
☐ Clássica com três núcleos

Rendimentos do agregado / mês

- ☐ Até 250 euros
☐ De 251 a 500 euros
☐ De 501 a 1000 euros
☐ De 1000 a 2000 euros
☐ De 2001 a 5000 euros
☐ Mais de 5000 euros

Número de membros da família

PRESTADOR DE CUIDADOS / PARENTE DE DEPENDENTE INSTITUCIONALIZADO

Perfil 1

☐ Prestador de cuidados ☐ Parente dependente institucionalizado ☐ Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

Coabita com o dependente? ☐ Sim ☐ Não

Sexo

☐ M ☐ F

Idade

Estado civil

- ☐ Casado/ União de facto
☐ Solteiro
☐ Viúvo
☐ Divorçado

Nacionalidade

- ☐ Portuguesa
☐ Não portuguesa (especificar)

Nível de escolaridade

- ☐ Nenhum
☐ Ensino básico - 1.ª ciclo (4 anos)
☐ Ensino básico - 2.ª ciclo (6 anos)
☐ Ensino básico - 3.ª ciclo (9 anos)
☐ Ensino secundário (11 ou 12 anos)
☐ Ensino superior

Parentesco

- ☐ Marido / Esposa
☐ Pai/Mãe
☐ Filho/Filha
☐ Irmão/Irmã
☐ Alfinidade (nora; padasto; cunhado)
☐ Sem grau de parentesco
☐ Outros

Profissão

- ☐ Membro das forças armadas
☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas
☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas
☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio
☐ Pessoal administrativo e similares
☐ Pessoal dos serviços e vendedores
☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca
☐ Operários, artífices e trabalhadores similares
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
☐ Trabalhadores não qualificados
☐ Doméstico
☐ Desempregado
☐ Pensionista / Reformado
☐ Estudante
☐ Outros

Perfil 2

☐ Prestador de cuidados ☐ Parente dependente institucionalizado ☐ Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

Coabita com o dependente? ☐ Sim ☐ Não

Sexo

☐ M ☐ F

Idade

Estado civil

- ☐ Casado/ União de facto
☐ Solteiro
☐ Viúvo
☐ Divorçado

Nacionalidade

- ☐ Portuguesa
☐ Não portuguesa (especificar)

Nível de escolaridade

- ☐ Nenhum
☐ Ensino básico - 1.ª ciclo
☐ Ensino básico - 2.ª ciclo
☐ Ensino básico - 3.ª ciclo
☐ Ensino secundário
☐ Ensino superior

Parentesco

- ☐ Marido / Esposa
☐ Pai/Mãe
☐ Filho/Filha
☐ Irmão/Irmã
☐ Alfinidade (nora; padasto; cunhado)
☐ Sem grau de parentesco
☐ Outros

Profissão

- ☐ Membro das forças armadas
☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas
☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas
☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio
☐ Pessoal administrativo e similares
☐ Pessoal dos serviços e vendedores
☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca
☐ Operários, artífices e trabalhadores similares
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
☐ Trabalhadores não qualificados
☐ Doméstico
☐ Desempregado
☐ Pensionista / Reformado
☐ Estudante
☐ Outros

CODIFICAÇÃO:

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO
PARTE I I- FORMULÁRIO PCD**PESSOA DEPENDENTE****Sexo**

- ☐ M
☐ F

Idade**Estado civil**

- ☐ Casado/ União de facto
☐ Solteiro
☐ Viúvo
☐ Divorçado

Nacionalidade

- ☐ Portuguesa
☐ Não portuguesa (especificar)

Nível de escolaridade

- ☐ Nenhum
☐ Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)
☐ Ensino básico - 2.º ciclo (5 anos)
☐ Ensino básico - 3.º ciclo (5 anos)
☐ Ensino secundário (11 ou 12 anos)
☐ Ensino superior

Profissão

- ☐ Membros das forças armadas
☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas
☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas
☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio
☐ Pessoal administrativo e similares
☐ Pessoal dos serviços e vendedores
☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca
☐ Operários, artífices e trabalhadores similares
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
☐ Trabalhadores não qualificados
☐ Doméstico
☐ Desempregado
☐ Pensionista / Reformado
☐ Estudante
☐ Outra

Situação que originou a dependência**Sim** **Não**

- ☐ Envelhecimento
☐ Acidente
☐ Doença aguda
☐ Doença crónica
☐ Outra

Instalação da dependência

- ☐ Súbita
☐ Gradual

Tempo de dependência Anos Meses**Consumo medicamentos**

- ☐ Não
☐ Sim

Variedades de fármacos (n.º)**Inserimentos no último ano**

- ☐ Nenhum
☐ Um
☐ Dois
☐ Três
☐ Mais de três (especificar)

Episódios de recursos ao SU, no último ano

- ☐ Nenhum
☐ Uma
☐ Duas
☐ Três

☐ Mais de três (especificar)**Número de fármacos nas 72 horas/dia****AUTOCUIDADO: Tomar banho**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Obtém objectivos para o banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre a torneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula a temperatura da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula o fluxo da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava-se no chuveiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seca o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência dá banho ao seu familiar? vezes / semana

Com que frequência lava as mãos e a cara ao seu familiar? vezes / dia

Com que frequência lava o cabelo ao seu familiar? vezes / semana

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- ☐ Na cama
☐ No chuveiro/banheira
☐ Outro local

Quem decide a frequência/local do banho?

- ☐ O dependente
☐ O prestador de cuidados
☐ O enfermeiro
☐ Outro

Incentiva o seu familiar a lavar as zonas do corpo de que é capaz?

- ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Assento suspenso para banheira

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Barra de apoio para banho

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Cadeira de banho (tipo giratória)

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Cadeira higiénica

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Elevador de banheira

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Lava cabeças para acamados

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Anidorrápene

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Para:	Se não se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações para tomar banho		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar banho ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pentear o cabelo ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar os dentes ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cortar as unhas ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbear o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoas	Necessita de equipamento	Completamente independente
Escolhe as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retira as roupas da gaveta e do armário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segura as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aboça as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desaboça as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa cordões para amarrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa fechos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?

☐ Dependente ☐ Prestador de cuidados ☐ Outro

	Nunca	Apenas	Sempre
Incentiva o seu familiar a vestir-se e calçar-se sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa/desabotoa a roupa ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça/descalça o seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procede a ajustes no vestuário do seu familiar em função das alterações da empenadura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ve se roupa adequada à condição antropométrica/dependência do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abotoador

Nem sário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro
Calça meias/sira meias

Nem sário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro
Calça de tira de cabo longo

Nem sário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro
Cordões elásticos

Nem sário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro
Extensões para lençóis de correr

Nem sário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:

Se não se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber se a roupa / calçado do seu familiar estão adequados à temp. ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a roupa e o calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher o vestuário do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustar o vestuário do seu familiar, relativamente àquilo que é habitual (p.ex. em função da temperatura ambiente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestir o calçar o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respetivo vestuário e o calçado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



55527

AUTOCUIDADO: Arranjar-se

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de outras pessoas	Necessita de equipamento	Completamente independente
Pentear ou escovar os cabelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbeia-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica maquiagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa um espelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica o desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa a área do períneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa as orelhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém o nariz desobstruído e limpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência arranja as unhas ao seu familiar? vezes / mêsCom que frequência penteia o cabelo ao seu familiar? vezes / diaCom que frequência corta/apara a barba ao seu familiar? vezes / semanaCom que frequência aplica maquiagem ao seu familiar? vezes / mêsCom que frequência aplica cremes hidratantes ao seu familiar? vezes / semanaCom que frequência aplica desodorizantes/perfumes ao seu familiar? vezes / semanaCom que frequência limpa os ouvidos ao seu familiar? vezes / semanaCom que frequência lava os dentes ao seu familiar? vezes / diaBons de cabo longo

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ OutroEspelho inclinável

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro



55527

AUTOCUIDADO: Alimentar-se

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Prepara os alimentos para ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre recipientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliza utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca o alimento nos utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pega no copo ou chávina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com recipiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com os utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beba por copo ou chávina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca os alimentos na boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conclui uma refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quantas refeições fornece ao seu familiar? vezes / dia

Quem decide a frequência/composição/local das refeições?

- ☐ O dependente
☐ O prestador de cuidados
☐ O enfermeiro
☐ Serviço de refeições ao domicílio
☐ Outro

Normalmente, em que local o seu familiar faz as refeições?

- ☐ Na cama
☐ Na sala de jantar/comida
☐ Outro

Incentiva o seu familiar a comer sozinho? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaDá os alimentos à boca ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaAbridor de frascos

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Adaptador de talheres

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Bebon

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Copo adaptado

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Gato flexível

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Mesa de comer na cama

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização
☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Roborão para prato

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização
☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Suprão de copos

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização
☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Suprão de palhinha para copo

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização
☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:

Se tipo-se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desnutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desidratação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a pessoaingere de forma segura alimentos ou líquidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar de comer / beber ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar para as refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**AUTOUIDADO: Uso do sanitário**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Ocupa e desocupa o sanitário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tira as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posiciona-se na sanita ou na amassadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Engus-se da sanita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajusta as roupas após a higiene íntima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Normalmente, em que local o seu familiar evacua?

☐ Friaide ☐ Amassadeira ☐ Sanita ☐ Outro

Normalmente, em que local o seu familiar urina?

☐ Friaide ☐ Amassadeira ☐ Sanita ☐ Outro

Quem decide onde o seu familiar vai urinar / evacuar?

☐ Dependente ☐ Prestador de cuidados ☐ Outro

Lava os genitais ao seu familiar depois das micções/dejeções? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Posiciona o seu familiar no sanitário? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a utilizar o sanitário? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Alcador de sanita

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Amassadeira

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Barra de apoio de sanitário

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Cadeira sanitária

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Cuaca impermeável

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Colector urinário

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Fralda

Ratio da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Novo sário (juízo do enfermeiro) ☐ S ☐ N

Utilizado ☐ S ☐ N

Desejado ☐ S ☐ N

Penso absorvente para incontinência

Ratio da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Novo sário (juízo do enfermeiro) ☐ S ☐ N

Utilizado ☐ S ☐ N

Desejado ☐ S ☐ N

Penso higiénico

Ratio da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Novo sário (juízo do enfermeiro) ☐ S ☐ N

Utilizado ☐ S ☐ N

Desejado ☐ S ☐ N

Resguardo

Ratio da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Novo sário (juízo do enfermeiro) ☐ S ☐ N

Utilizado ☐ S ☐ N

Desejado ☐ S ☐ N

Saco de colostomia/ileostomia/urina

Ratio da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Novo sário (juízo do enfermeiro) ☐ S ☐ N

Utilizado ☐ S ☐ N

Desejado ☐ S ☐ N

Urinol

Ratio da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Novo sário (juízo do enfermeiro) ☐ S ☐ N

Utilizado ☐ S ☐ N

Desejado ☐ S ☐ N

Para:	Se não se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e o local estabelecidos para o seu familiar urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar, relativamente àquilo que é habitual		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar a fralda ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar o collector urinário ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar a anastodora/urinol ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar a região perineal ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar o seu familiar na sanita		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Elevar-se

Levantar parte do corpo

- ☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Com que frequência sente o seu familiar? vezes / dia

Incentiva o seu familiar a levantar-se (por de pé)? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a sentar-se? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Com que frequência levanta (por de pé) o seu familiar? vezes / dia

Almofada elevatória

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Apoio de cabeça anatómico

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Apoio de pés

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Barra paralela e apoios da posição de pé

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

AUTOCUIDADO: Virar-se

Mover o corpo virando-o de um lado para o outro

- ☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Com que frequência posiciona o seu familiar na cama/cadeira? vezes / dia

Quem decide o horário da mudança de posição e a posição a adotar?

- ☐ O dependente
☐ O prestador de cuidados
☐ O enfermeiro
☐ Outro

Incentiva o seu familiar a posicionar-se? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Nas mudanças de posição adota os decúbitos laterais? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Grades de apoio / segurança

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Colchão anti-úlceras de pressão**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Cosmética**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Coxim**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Transfer de cama (dispositivo para posicionar)**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Imobilizador abdominal**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Luva de imobilização**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Posicionador de pernas e pés**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Suposto para as costas**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Dispositivo de prevenção de pé e equino**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:	Se não-só:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Detectar sinais precoces (tórax de pressão (tubo não branqueável) sobre as proeminências ósseas)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais precoces de rigidez articular		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamento(s)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir os posicionamentos adequados/inadequados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o(s) horário(s) e tipo(s) de posicionamento(s)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar (para prevenir ULP)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executar exercícios articulares ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massajar os pontos de pressão ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentar o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipo(s) de posicionamento(s)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a posicionar-se		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Transferir-se

Transfere-se da cama para a cadeira/cadeira

☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Transfere-se da cadeira/cadeira para a cama

☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Com que frequência transfere o seu familiar da cama para a cadeira/cadeira? vezes / dia

Quem decide transferir o seu familiar da cama para a cadeira/cadeira?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Outro

Incentiva o seu familiar a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeira? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Barras de apoio

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Cabeceira e pés da cama amovíveis

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Cama articulada

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Elevador de transferência

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro



55527

Transferir filho cadeira

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Disco de rotação**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:

Se não se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a transferir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência movimenta o seu familiar na cadeira de rodas? vezes / diaCom que frequência leva o seu familiar a passear/sair de casa, na cadeira de rodas? vezes / mês

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ OutroIncentiva o seu familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca**Rampa**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Rodas anti-queda**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Plataforma vertical para cadeiras de rodas**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro



55527

AUTOUIDADO: Andar

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoas	Necessita de equipamento	Completamente independente
Supone o próprio corpo na posição de pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobe e desce degraus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula em aches e declives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias curtas (< 100m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias moderadas (> 100m-500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre longas distâncias (> 500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência assiste o seu familiar na deambulação? vezes / diaIncentiva o seu familiar a deambular sozinho? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Outro**Andarilho**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Bengala**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Canalinas(s)**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Prótese**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:

Se não sou:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alinear o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir o seu familiar a andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



55527

AUTOCUIDADO: Tomar medicação

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Providencia medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prepara a medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma a medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Procede a ajustes (de acordo com indicação médica) do horário/dose de algum medicamento? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Cosume esquecer-se da dose/administração de algum medicamento? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Cosume proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a preparar/tomar sozinho os medicamentos? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Aparelho para oxigênio arterial

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Aspirador de secreções

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Caixa de comprimidos

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Caneta de insulina

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Conta comprimidos

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Máquina de pesquisas de glicemia capilar

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Nebulizador

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Oxigenoterapia

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Termómetro (para registo de temperatura)

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Triturador de comprimidos

Necessário (juízo do enfermeiro)

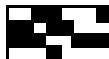
Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro



55527

Para:	Se não-só:	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente
Supervisar as tomadas de medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar efeitos secundários da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação / efeito secundário da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda do profissional para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrar a medicação ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre horário, dose e utilização da medicação em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CUIDADOS COMPLEMENTARES

Respeita a dieta aconselhada ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Quem decide a dieta do seu familiar?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Outro

Procede a ajustes na dieta em função das preferências? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Cosjuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Com que frequência dá água (líquidos) fora das refeições, ao seu familiar? vezes / dia

Incentiva o seu familiar a beber água (líquidos) fora das refeições ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Cosjuma incluir na dieta do seu familiar frutas/legumes? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Cosjuma utilizar espessantes/gelatinas quando o seu familiar tem dificuldade em deglutir? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Leva o seu familiar ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Cosjuma fazer a pesquisa de fecalomas? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Com que frequência inspeciona a pele do períneo do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência inspeciona as zonas de proeminências ósseas do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência massaja a pele das proeminências ósseas do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência desenvolve atividades estimulantes da memória com o seu familiar? vezes / semana

Cosjuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas (grades, tapetes antiderrapantes,...)? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a tossir quando se apercebe que ele tem secreções? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Cosjuma aspirar as secreções quando o seu familiar não as consegue eliminar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Cosjuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do seu familiar se altera?

☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca



55527

17 / 18

RECURSOS COMPLEMENTARES

Dispositivo de chamada

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de acessar ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Necessário (julgo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ NMaterial de instrução e aprendizagem

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de acessar ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Necessário (julgo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ NProcesso avaliativo

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de acessar ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Necessário (julgo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ NTelefone / internet

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de acessar ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Necessário (julgo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ NPinça para alcançar objetos

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de acessar ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Necessário (julgo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ NSuposto para curvas

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de acessar ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Necessário (julgo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ NEnfia agulhas

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de acessar ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Necessário (julgo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Outro 1 (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de acessar ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Necessário (julgo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Outro 2 (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de acessar ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Necessário (julgo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N



OUTSIDE RECURSION

Sim		Não		Sim		Não		Recursos não profissionais				
Assistente Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nutricionista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fisioterapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psicólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>										

Recursos financieros (principales fuentes de rendimiento)

Sim	Não		Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento do dependente em casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento do trabalho
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cuidados de higiene e conforto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento da propriedade e da empresa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cabelos limpos, manicure e esfoliação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio de desemprego
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio no tratamento da roupa do dependente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio temporário por acidente de trabalho ou doença profissional
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Controlo de refeições e apoio durante as refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros subsídios temporários
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento social de inserção
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pensão / Reforma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio na compra de medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A cargo da família
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio na compra de artigos alimentares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio social
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Programa conforto habitacional para idosos (PCHI)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento solidário para idosos (RSI)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Complemento de dependência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tele-assistência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Emendas / donativos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	112 INEM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outra situação
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Linha Saúde 24			

[illegible]

Estado mental

Sim	Não
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> Sabe em que mão está?
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> Sabe em que lado vive?
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> Repete info palavra (Fita, Gato e Bola)?
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> Faz cálculos simples
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> Identifica objetos comuns (relógio)

Exercice 1 : Contrôle des intentions

☐ Dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um esfregaço regularmente.

Urinary incontinence remains

☐ Incontinente ou alijado e incapacitado para gest. sexual.

ANEXO II: GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião da entrevista temática

Finalidade da entrevista:

Conhecer a percepção da autoeficácia do familiar cuidador e a forma como os familiares prestadores de cuidados experienciaram a transição para o papel de prestador de cuidados.

Perguntas orientadoras:

- Que dificuldade tem/teve para prestar os cuidados ao seu familiar para:
 - a) Levantar e apoiar no andar
 - b) Posicionar na cama
 - c) Mudar de posição na cama
 - d) Transferir da cama para a cadeira e vice versa
 - e) Dar banho na cama
 - f) Alimentar

- Os enfermeiros do centro de saúde têm feito visita domiciliária
 - a) Instruem os cuidados a prestar ao familiar dependente
 - b) Informam dos recursos a utilizar: materiais para a prestação de cuidados e de serviços
 - c) Considera como um apoio/ajuda efectiva para si

- Quando está a prestar os cuidados ao seu familiar
 - a) Estimula o seu familiar a participar nos cuidados que ele pode fazer sem a sua ajuda
 - b) Considera que deve fazer todos os cuidados ao seu familiar mesmo que ele tenha possibilidade de executar alguns
 - c) Como se sente ao prestar os cuidados ao seu familiar

- Descrever as tarefas/rotinas que tem que fazer ao longo de um dia completo
- Descrever os sentimentos por ser prestador de cuidados

ANEXO III: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE DOCÊNCIA E/OU INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: “Dependência no autocuidado em contexto familiar: estudo exploratório de base populacional no concelho da Maia”.

Enquadramento: Escola Superior de Enfermagem do Porto; orientador: professor doutor Abel Paiva e Silva.

Explicação do estudo: Utilizar-se-á um formulário para colher dados sobre o número de famílias que integram um dependente no autocuidado, tipo de família clássica, alojamento, nível de dependência nos autocuidados, percepção da autoeficácia do familiar cuidador e, posteriormente far-se-ão e entrevistas gravadas para Identificar os fatores que interferem com a transição vivida pela pessoa dependente no autocuidado e com a transição vivida pelo prestador de cuidados dos dependentes no autocuidado. A selecção dos participantes é aleatória. A colheita de dados é realizada porta a porta, numa única vez, calculando-se cerca de 30 a 45 minutos o tempo necessário para tal. Os dados gravados serão destruídos num prazo de dois meses.

Condições e financiamento: A participação é de carácter voluntário.

Confidencialidade e anonimato: É garantida a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados colhidos para o presente estudo, respeitando-se o anonimato, pelo que não haverá identificação da pessoa que participa. A colheita de dados será obtida na residência da pessoa.

Agradecimentos e identificação da investigadora: Maria do Carmo Alves da Rocha, enfermeira professora na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Assinatura:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina e que considero suficientes. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:
/_____

Data: ____ / ____

**ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 1 PÁGINA, É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

ANEXO IV: TABELAS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

DOMÍNIO: PAE

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Desenvolvimento de confiança e adaptação	Prestam “bons cuidados”	“eu sei trabalhar até com mais cuidado do que elas [assistentes do centro de apoio], trato muito bem dele, tenho mais calma” linha 8/9, p.6, E2
		“mas, faço bem agora (...) acho que olho melhor pelo meu marido do que uma enfermeira” linha 22, p.22, E3
		“também eu já sou enfermeiro” linha 30, p.2, E5
		“tenho que lhe fazer bons cuidados mesmo” linha 29, p.3, E1
		“faço eu muito bem sozinha” linha 10, p.2, E2
		“agora já tenho isto tudo sabido” linha 5, p.5, E2
		“sinto-me capaz, não tenho problema nenhum para tratar do meu marido” linha 11, p.6, E2
		“eu sei muito bem o que lhe dar” linha 29, p.2, E3
		“tenho que cuidar dela, vocês podem ver que ela está bem, podem ver que o corpo dela está limpinho [sem UP]” linha7/8, p.9, E5
		“tratamos à nossa maneira, ela está limpinha e nunca mais ganhou chaga nenhuma [a dependente quando esteve internada no hospital ficou com UP]” linha 35/36, p.5, E6
		“eu faço o que ele precisa” linha12, p.3, E7
		“como a senhora vê ela está uma rosa (...) não tem nadinha no corpo, o corpinho limpinho, limpinho a valer” linha 21, p.2, E8
		“não sou de apapricar, mas acho que ela está bem comigo (...)” linha 21/22, p.4, E9
		“eu trato bem dela, acho que faço bem e gosto” linha 4, p.4, E10
	Aprendizagem por “tentativa e erro” por “hábito”	“faço à minha maneira” linha 28, p.2, E1
		“foi por nós [que aprenderam], começamos a apanhar o jeito” linha 30, p.2, E6
		“a gente habitua-se, já não custa nada” linha 33, p.4, E2
		“foi com elas que me adaptei ao trabalho [cuidar do dependente]” linha 8, p.5, E2
		“aprendi por mim” linha 6, p.5, E2
		“já estou habituada, já lhe dou o jeito [cuidados de higiene]” linha 28, p.1, E3
“fomos habituando com o tempo, aprendendo à nossa custa” linha 11, p.6, E6		
“foi com ela [prima] que eu aprendi [prestar cuidados]” linha 14, p.5, E8		
		“fui-me adaptando ao trabalho com ela e não me custa fazer nada” linha 10, p.2, E10
PAE		

DOMÍNIO: PADRÕES DE RESPOSTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Desenvolvimento de confiança e adaptação	Perceção de aprendizagem: tomar conta	“a gente habitua-se, já não custa nada” linha 33, p.4, E2
		“foi com elas que me adaptei ao trabalho [cuidar do dependente]” linha 8, p.5, E2
		“aprendi por mim” linha 6, p.5, E2
		“já estou habituada, já lhe dou o jeito [cuidados de higiene]” linha 28, p.1, E3
		“fomos habituando com o tempo, aprendendo à nossa custa” linha 11, p.6, E6
		“foi com ela [prima] que eu aprendi [prestar cuidados]” linha 14, p.5, E8
	Perceção de autossuficiência em relação à ajuda profissional dos enfermeiros	“fui-me adaptando ao trabalho com ela e não me custa fazer nada” linha 10, p.2, E10
		“também não é preciso [enfermeiros], uma pessoa cá se arranja” linha 25, p.3, E1
		“para já não tem necessidade de ter cuidados de enfermagem” linha 12, p.2, E2
		“lá me desenrasquei” linha 30, p.2, E4
		“as enfermeiras não preciso delas, ela não tem feridas” linha 25, p.7, E5
		“também nunca foi preciso [enfermeiros]” linha 12, p.3, E7

DOMÍNIO: NATUREZA DA TRANSIÇÃO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Evento	Forma súbita de instalação da dependência	“deu-lhe um AVC” linha 14, p.1, E1
		“foi um AVC” linha 1, p.1, E3
		“teve uma trombose” linha 13, p.1, E4
		“rompeu completamente as ancas” linha 23, p.1, E6
		“deixou de vez, aninhou, as pernas não deram mais” linha 12, p.1, E8
		“teve um ataque, uma trombose” linha 8, p.1, E10
		“esteve um mês e tal [na casa da filha], mas ela queria vir para a casinha dela e eu trouxe-a” linha 18, p.1, E1
		“(…) cheguei lá [hospital] para a visitar e a enfermeira disse: olhe, a sua esposa tem alta, vai ter que a levar para casa” linha 18, p.1, E4
	Forma progressiva de instalação da dependência	“andava muito ruim das artroses” linha 7, p.1, E2
		“(…) até que ela já não dava um passo para nada” linha 16, p.1, E5
		“cada dia estava pior e custava-lhe a andar” linha 11, p.1, E7
		“deve ter princípios de Alzheimer, está muito esquecida, não sabe o que faz” linha 8, p.1, E9
		“queria pô-lo na cama, ele não conseguiu ir (...)tentei pô-lo na cama, mas não consegui” linha 14/15, p.1, E2
		“(…) até que ela já não dava um passo para nada (...) ela começou mesmo a não segurar-se” linha 26, p.1, E5
		“quando ele começou a enganar-se com o negócio e com o dinheiro vi que ele não estava bem” linha 4/5, p.1, E7
		“depois começou a arriar” linha 10, p.1, E8
		“está sempre a falar da mesma coisa (...)não distingue o dinheiro” linha 10, p.1, E9
		“esteve [hospital] para aí 2 semanas” linha 8, p.1, E10
		“comecei a ver como é que elas faziam [cuidados de higiene, virar]” linha 8, p.2, E2
Envolvimento	Observa os cuidados prestados ao familiar	“no princípio estou ali à beira e vejo (...) virava-se dum lado, virava-se do outro, metia-se assim a fraldinha por baixo” linha 4/5, p.5, E2
		“eu via lá na fisioterapia [massagem]” linha 32, p.2, E3
		“pedi para lá estar [internamento/hospital] para ver quando fossem dar banho” linha 14, p.3, E5

Envolvimento		“ponho Dermisol®, pomada que vi no hospital deitar” linha 30, p.7, E5
		“fui vendo, ia olhando [dar de comer]enquanto lá esteve [hospital]” linha 22, p.1, E 10
		“eu via o que ela comia” linha 25, p.2, E 10
	Procura informação	“ouviam as pessoas a falar que cuidavam das pessoas de idade, que é preciso muita água para eles não desidratarem” linha 30, p.2, E2 “li no jornal [sobre bicicleta fixa]” linha 10, p.1, E3 “falei com um vizinho que também tem a mulher acamada [informação sobre a compra da cama articulada e colchão e alimentar pela sonda nasogástrica]” linha 15, p.2., E4
Mudança e Diferença	Alteração da organização familiar	“fazer o comer é uma grande maçada, muito grande, não fazia, faço agora” linha 8, p.5, E1
		“para fazer o almoço perco a manhã toda” linha 9, p.5, E1
		“(…) custou-me muito vê-lo assim (…) ter que lhe fazer as coisas, lavá-lo, chegar-lhe o comer depois ir tratar de coisas que eram ele, que ele fazia, ir ao banco (…)” linha 24, p.1, E3
		“foram uns trabalhos, nem me fale” linha 19, p.2, E4
		“tenho que ir à farmácia, tenho que ir ao hipermercado, eu é que tenho que ir buscar tudo o que é preciso” linha 18/19, p.2, E5
		“lavar roupas (…) o comer, agora faço tudo” linha 2/4, p.5, E5
		“depois com a vida e tudo, não é fácil” linha 28, p.4, E9
		“até aqui comprava [comida cozinhada], faço agora ao sábado e domingo” linha 9, p.5, E1
	Preocupação constante com o familiar dependente	“andei muito tempo a comprar aquelas comidas feitas, ma também acabei por desistir disso, eu faço” linha 7, p.5, E5
		“(…) quando isto se deu, sentia-me apertado [resolver a situação em casa resultante da integração da esposa dependente no AC]” linha 5, p.5, E1
		“no princípio é que foi mal” linha 4, p.2, E3
		“(…) trouxe-a para casa do hospital com a sonda” linha15, p.1, E4
		“trouxe-a na ambulância, os bombeiros deitaram-na na cama e foram embora e eu fiquei aqui sem saber” linha 11, p.2, E4
		“via-me atrapalhado sem saber o que fazer” linha 27, p.2, E4
		“vou para lá [à feira]mas ó para cá, já devia ter vindo, que eu sei que há qualquer coisa que me fica cá” linha 28, p.4, E2
		“sou eu que tenho a responsabilidade dele, todos os dias sou eu que trato dele” linha 21, p.2. E3

Mudança e Diferença	Preocupação constante com o familiar dependente	“então eu ia [à hemodiálise] e deixava-a, mas não ia sossegado, podia dar-lhe alguma coisinha” linha 15, p.3, E4
		“tenho medo de o deixar sozinho, estou sempre com medo que possa acontecer alguma coisa” linha 17, p.3, E7
		“tenho muito medo de ela mexer no fogão” linha 32, p.1, E9
	Não dorme/não descansa durante a noite	“durante a noite ela chama por mim, amiudadas vezes, às vezes é de hora a hora, ela chama muitas vezes” linha 7, p.4, E1
		“ponho-me a pé muitas vezes de noite, o descanso às vezes é pouco” linha 19, p.2, E2
		“ela tem noites que é inteirinhas que não prega olho, toda a noite” linha 21, p.5, E4
		“passo, às vezes noites inteirinhas, d’ácolá para aqui, daqui para acolá” linha 24, p.9, E5;
		“de noite dá-lhe para berrar que Deus me livre, dá cada berro que eu acordo” linha 25, p.9, E5
		“de noite, pelo menos uma vez virámo-la, depois andamos com a cabeça sem dormir, anda assim mole” linha 14, p.2, E6
		“estou cansada, sabe, não saio da beira dele, não descanso” linha 15, p.3, E7
		“às vezes o cansaço começa a apertar, todos os dias tenho a mesma canseira, não há um dia de descanso” linha 9, p.4, E10
	Cansaço físico/Esforço despendido nas AVD’s	“fico cansada [prestar cuidados]” linha 28, p.6, E2
		“custa um bocado” linha 22, p.1, E3
		“isto é tudo à força, tudo a peso e às vezes para mim já é um bocado difícil” linha 28, p.1, E5
		“para se virá-la é um castigo, é pesada” linha 18, p.3, E5
		“sinto-me cansado dos pés, não dou descanso aos pés e com ela faço muita força” linha 3, p.9, E5
		“está forte [dependente] e a gente custa-lhe a lidar com ela “ linha 15, p.1, E6
		“é muito difícil, ele não dá jeito nenhum, tem as perninhas todas presas, nem consigo pô-las direitinhas” linha 31/32, p.2, E7
		“(…) é de uma pessoa ficar derriadinha, são para aí uns 100Kg para uma franganita” linha 18/19, p.1, E8
		“tenho que ir buscar a força, não sei aonde” linha 25, p. 3, E8
		“é tudo à força do meu braço, é tudo a peso, fico derreada das minhas costas” linha 9, p.2, E10

Mudança e Diferença	Isolamento e solidão	“acho que estou bastante presa, sinto isso” linha 14, p.4, E2
		“às vezes vou-me um bocado a baixo” linha 28, p.6, E2
		“ muita prisão aqui, tenho estado sempre em casa” linha 7, p.2, E5
		“tenho chorado muito (...) estou cansada, não saio da beira dele” linha 15, p.3, E7
		“ fico é nervosa, sempre com esta lida” linha 12, p.3, E10
		“só que me sinto presa, estou sempre preocupada” linha 14, p.3, E10
		“acho que estou bastante presa, sinto isso (...) é a solidão da minha parte, porque estou sempre aqui dentro, dias e noites sozinha, porque ele não faz companhia nenhuma (...) varia da cabecinha, diz coisas sem nexos (...)” linha 22, p. 4, E2
		“ porque ele não faz companhia nenhuma” linha 33, p.6, E2
		“gostava imenso de ir, há 3 anos que não vou a S. Tirso, à minha casa” linha 15, p.4, E2
		“não posso ir a lado nenhum, nem ali à feira, ou se vou é a correr” linha 16, p.3, E7
		“não era como dantes, quando eu queria abalava porta fora e ia à minha vida” linha 5, p.4, E10
	Expectativas de vida	“se ela ficar acamada então é que eu não posso sair daqui” linha 33, p.2, E9
		“nunca na minha vida pensei em fazer isto que estou a fazer, nunca pensei” linha 30, p.3, E5
		“não esperava isto para a minha vida (...) desde que ele ficou doente, nunca mais tive a mesma vida” linha 16, p.3, E7
	Fragilidade económica	“(...) vem [centro social] duas marmitas para o almoço, uma para la outra para mim.. Mas, nós agora comemos uma [ao almoço], dividimos, e fica para logo [jantar] a outra. Agora, apeta-se mais o cinto” linha 23, p. 2, E1
		(...) tem a medicação todos os meses que se vai buscar à farmácia, as fraldas (...) é mesmo assim esganadinho, parece que estamos a poupar ouro, porque senão não dá.” linha 5, p. 4, E8
		“(...) sinto-me apertada, o dinheiro não dá para tudo (...) tem que se cortar, corta-se na alimentação” linha 13, p.3, E10
		“há aí pessoas a passar mal, que não têm pão, eu tenho pão na mesa” linha 25, p.6, E2
		“isto está muito mau” linha 35, p.3, E9
		“vai dando mal” linha 12, p.4, E10

Duração da transição	Anos em que está a tomar conta	"sim, estou a tomar conta dela há 3 anos" linha,16, p.1, E1
		"há 3 anos, em Maio, acamou" linha 9, p.1, E2
		"há 6 anos (...)" linha 1, p.1, E3
		"há 3 anos, desde que veio do hospital" linha 17, p.1, E4
		"tomo conta da minha esposa desde 2005" linha 1, p.1, E5
		"já vai em 6 ou 7 anos que está acamada" linha 13, p.1, E6
		"tomo conta do meu marido há 4 anos" linha 1, p.1, E7
		"há 4 anos que está acamada" linha 5, p.1, E8
		"estou a tomar conta da minha mãe há 1 ano" linha 7, p.1, E9

DOMÍNIO: CONDIÇÕES FACILITADORAS E INIBIDORAS DA TRANSIÇÃO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Significados	Dever moral/social	“é ela que está assim, mas podia ser eu” linha 30, p.3, E1
		“ela não tem mais ninguém que olhe, tenho que olhar eu” linha 29, p.3, E1
		“convenci-me que era para mim” linha 24, p.1, E3
		“ se não fosse eu, quem havia de ser?” linha 29, p.3, E4
		“eu é que tenho de olhar por ela” linha 29, p.1, E5
		“ o que é dela [prestar cuidados] está sempre em 1º lugar, isso é que é, santa paciência” linha 12, p.9, E5
		“o que hei-de fazer? Ela precisa.” linha 5, p3, E4
		“o que vamos fazer, abandonar? Tem que ser.” linha 9, p.2, E10
	Solidariedade familiar	“era para ir para um lar, mas ela não queria muito” linha 6, p.5, E1
		“fui eu que escolhi a situação” linha 34, p.1, E2
		“não tenho coragem para virar as costas” linha 30, p.1, E2
		“tem momentos que é ruim de aturar, mas é próprio, porque a gente bem vê quando está doente” linha 5, p.2, E 8
		“olhava para ela, coitadinha, quem é que ia tratar dela?” linha13, p.2, E4
		“é muito triste vê-la assim” linha 25, p.3, E4
		“dava pena, até a minha netinha ficava a olhar” linha 10, p.2, E7
		“tenho pena dela, não deixa de ser minha mãe” linha28, p.3, E9
Crenças religiosas e culturais	Ajuda Divina	“sinto-me com forças, graças a Deus” linha 4, p.6, E1
		“peço ao Senhor que me dê coragem” linha 29, p.6, E2
		“Deus tem-me dado saúdinha para eu poder olhar por ele” linha 23, p.2, E3
		“estou sempre a ver quando ela fica abafada, mas graças a Deus, ele tem-me ajudado” linha 22, p.2, E10
	Vontade Divina	“foi a sorte que Deus marcou” linha 16, p.4, E2
		“tenho que me sujeitar até quando Deus quiser” linha17, p.4, E2
		“Deus assim quis” linha 25, p.1, E3
		“o Senhor quer assim, vai ficar assim” linha 35, p.1, E6
		“Deus assim quis, é a vontade Dele” linha 19, p.3, E7
		“Deus há-de-me ajudar, até quando ele quiser” linha 7, p.4, E10

Status socioeconómico	Profissão/Fonte de rendimentos	"a minha profissão era serralheiro" linha 4, p.1, E1
		"era doméstica [a dependente] e andava aos dias" linha 7, p.1, E1
		"estive emigrado [França] na construção civil" linha 4, p.1, E4
		"trabalhava [dependente] nas casas das senhoras a fazer limpezas" linha 7, p.1, E4
		"andava nas obras [construção civil]" linha 32, p.3, E5
		"nós tínhamos o negócio das botijas do gás" linha 5, p.1, E7
		"trabalhou [dependente] na fábrica da sardinha" linha 8, p.4, E8
		"ela [dependente] trabalhou muito na lavoura" linha 35, p.3, E9
		"eu também estou desempregada" linha 9, p.3, E9
		"eu agora estou desempregada" linha 15, p.3, E10
		"ela tem a reforminha e eu a minha" linha 9, p.1, E1
		"temos um subsídio para eu tratar dela" linha 10, p.1, E1
		"tenho a minha reforma e ele a dele" linha 24, p. 6, E2
		"dinheiro que está no banco no meu nome" linha 36, p.4, E2
		"a minha reforma é da França e ganhei lá um dinheirito e a dela também" linha 5, p.1, E4
		"nós trabalhávamos agora temos a reforma" linha 11, p.6, E5
		"tem a reforma de lá [fábrica de sardinha]" linha 8, p.4, E8
		"tem um bocadinho do meu sogro [reforma], quando ele morreu" linha 9, p.4, E8
		"recebe uma reforminha" linha 12, p.4. E 10
Preparação e conhecimento	Falta de conhecimento sobre como prestar cuidados	"nunca ninguém [enfermeiros] me explicou qualquer coisa" linha 15, p.4, E1
		"[enfermeiros] não me disseram nada, nunca vieram cá a casa" linha 9, p.2, E3
		"não me explicaram nada [enfermeiros] no hospital" linha 5, p.2, E4
		"[enfermeiros] não, não dizem nada" linha 18, p.4, E6
		"(...) não aparece ninguém [enfermeiros não supervisionam cuidados]" linha 1, p.7, E6
		"os enfermeiros nunca falaram nada disso [alimentação]" linha 13, p.4, E9
		"gostava de fazer aquilo que não sei fazer" linha 22, p.4, E9
		"não me disseram nada [enfermeiros]" linha 25, p.2, E10
		"tenho que dar como a elas [filhas] quando eram pequenas, tudo raladinho" linha 26, p.2, E10

Preparação e conhecimento	Experiência de cuidar de familiares/vizinhos acamados	"a mãezinha ainda esteve acamada 4 anos sem juizinho" linha 20, p.6, E2
		"também já cuidei dos meus pais" linha 30, p.2, E2
		"o meu sogro esteve acamado" linha 32, p.2, E8
		"a mãe dela esteve muito tempo acamada, andei por lá ajudar e fui aprendendo a tratar das pessoas que estão assim" linha 17, p.2, E10
	Presta cuidados da forma como viu fazer	"fiz como via fazer quando ia visitá-la [no hospital]" linha 30, p.2, E4
	Regresso a casa sem preparação	"mandaram-na embora [do hospital para casa] assim sem me dizerem nada" linha 17, p.1, E4
		"no dia que teve alta, nem uma médica veio ter comigo dizer-me nada" linha 37, p.3, E5
		"quando veio [do hospital] nem sabíamos como arranjar a cama para a deitar e até o quarto" linha 23, p.1, E10
	Experiência pessoal por ter estado internado no hospital	"aprendi um bocadinho as vezes que estive internado" linha 38, p.2, E5
		"aprendi a trabalhar com certas maneiras porque tive os meus problemas [de saúde]" linha 39, p.2, E5
		"aquelas luzinhas que fui ganhando, de estar no hospital, favoreceram muito" linha 29, p.3, E5
Recursos familiares	Atividades de cuidados	"isso [prestar cuidados] já cá está porque eu já por lá passei" linha 6, p.4, E5
		"tem ali uma máquina e eu não sei mexer naquilo" linha 14, p.2, E9
		"os filhos vêm aqui meia hora e vão para casa (...)" linha 5, p.3, E2
		"está aí o meu filho a desfazer a barba ao pai" linha 20, p.2, E3
		"uma filha que ajuda se eu precisar" linha 20, p.2, E3
		"a minha filha trabalha, tem a vida dela [não apoia o pai nos cuidados]" linha 28, p.2, E4
	Vigilância e companhia	"foi o meu neto [corta cabelo à dependente/avó] que tem uma máquina de cortar cabelo" linha 20, p.1, E5
		"o meu marido estando em casa vem ajudar" linha 23, p.1, E8
		"tenho um filho que à 2ª feira passa aqui a tarde, e eu vou ao Jumbo comprar fraldas e o que for preciso e vem sábado à noite. Outro despega às cinco e meia,

Recursos familiares		vem e está aqui até às sete e pouco e outro até se esquece de nós” linha 8/9, p.7, E5
	Tomada de decisão na compra de equipamento	“eles [filhos] falaram com o pai e ele lá foi [ao médico]” linha 8, p.1, E7
		“o meu filho mais velho disse: é melhor comprar uma cama [articulada]” linha 17, p.2, E7
		“o meu filho disse: oh mãe leva esta cama para a avó” linha 10, p.3, E8
		“tem uma neta que não lhe liga nenhuma e a outra nora não lhe ficava nada m -’ deitar aqui uma mão, o filho vem um dia por semana visitar a mãe, não vem ma linha 9, p.3, E8
		“as minhas filhas têm a vida delas [não apoiam nos cuidados]” linha 18, p.3, E10
Vizinhos	Informação	“na rua há um vizinho que tem a sua senhora assim e eu fui ter com ele e ele veio-me ajudar a dar a alimentação, e disse-me como podia comprar a cama articulada (...)” linha 19, p.2, E4
	Ajuda na prestação de cuidados	“às vezes peço-lhe [vizinha] e ela vem-me ajudar a dar banho à minha sogra (...)” linha 8, p.3, E8
Serviços de saúde	Médica dos CS	“a senhora doutora manda-os [enfermeiros] cá vir para picar o dedo (...) se entende que é preciso faz as receitas para eles cá virem” linha 9/10, p.2, E1
		“a senhora doutora também tem cá vindo” linha 10, p.2, E1
		“[enfermeiros] vêm para fazer alguma coisa a mando da médica” linha 2/3, p.7, E6
		“[médica] ela vem aqui nem é preciso chamá-la” linha 10, p.2, E8
		“vinha a enfrmeira da caixa fazer-lhes os curativos que a médica disse: falo para a enfermeira e ela amanhã já está aqui” linha 17/18, p.2, E8
		“é uma boa médica lá da caixa (...) a médica é que sabe” linha 25, p.2, E9
		“andava [dependente] na caixa, na senhora doutora” linha 4, p.1, E10
		“tenho o meu médico, ele vai cuidando de mim e dele” linha 32, p.4, E2
Apoio domiciliário	Cuidados de higiene e conforto/ Alimentação	“é um médico particular que o trata” linha 10, p.1, E7
		“quando isto se deu , há aqui adiante uma instituição e fomos lá falar (...),vem a comida para mim e para ela (...) e passou a vir a duas vezes por semana para dar o banhinho e ficamos assim, e dá resultado” linha 23, p.3, E1
		“(…) eu fui lá falar ao centro de VNT para ter a alimentação para os dois e virem lavá-la (...) e desde aí tem sido outra coisa” linha 16, p.2, E4

DOMÍNIO: COMPETÊNCIAS DO MFPC

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Monitorizar	Dar medicação	“tenho de controlar, se ela poder fugir a isso, ela foge, ela escondia-os [medicamentos]” linha 30, p.5, E1
	Estado da pele	“só uma pequenina coisa aqui [trocâter]” linha 43, p.5, E1
		“ainda não tem nadinha na pele” linha 2, p.2, E2
		“tem ali o corpo limpinho, não há chagas” linha 20, p.3, E5
		“chegava a 2 ^a feira e estava pior das feridas, tinha mais pus e estavam piores” linha 36/37, p.4, E6
		“(…)aqueles dois dias sem fazer curativos estava a atrasar” linha 5, p.5, E6
		“apareceu assim como uma mancha no rabo e no cimo da perna” linha 6, p.3, E7
	Valores de T.A	“tenho aguentado [dependente] boas tensões” linha 28, p.5, E5
		“o sal é preciso ver, claro, sujeito-me eu com pouco sal, prefiro ser eu com pouco, menos sal, do que ela com muito sal” linha 34/36, p.5, E5
	Valores de glicemia	“pico-lhe os diabetes, é raro chegar aos 200 (...) é possível levar a coisa mais ou menos controlada” linha 21, p.5, E5
Interpreta	Sono durante a noite	“ ela tem noites inteirinhas que não prega olho” linha 21, p.5, E5
	Características da urina	“quando ela começa a deitar farrapinhos de sangue” linha 6, p.7, E6
	Quantidade de alimento	“é muito pouco o que ele come” linha 6, p.2, E7
		“ela come bem e comia mais se lhe desse” linha 13, p.3, E6
		“está muito gorda, tem que tirar à comida” linha 30, p.3, E8
	Aumento de peso	“está a engordar muito é de estar parado todo o dia “ linha 29,p.2, E3
	Risco de alimentar por sonda nasogástrica	“estava com a sonda que já é mais perigoso [alimentar]” linha 34, p.2, E5
	Sinais de alteração do estado de saúde	“alguma coisa rebentou dentro, seria dos medicamentos que lhe estava a dar” linha 44, p.3, E5
		“a gente vê que ela tem infeção na bexiga” linha 6, p.7, E6
		“acho que a perna está um bocado esquisita (...) é de coçar, tem a pele muito fininha, arrebeta logo” linha 15, p.2, E8

	Alterações na interação	“depois que acamou tem estas coisa do Alzheimer, é de estar muito tempo ali fechada [no quarto]” linha 1, p.2, E6
Toma decisões	Alimentar oralmente	“(…) porque ninguém me diga a mim que ela comia pela sonda o sustento (...), estava com a sonda (...), mas eu com a minha calma a dar-lhe de comer pela boca, ela comeu, e eu tiro-a fora” linha 28/35/36, p.2, E5
	Suspender medicação	“senhora doutora, desculpe, mas eu tirei-lhe a medicação, só está a tomar isto, isto e isto. Eu perdia com tantos medicamentos, era de manhã, era ao meio-dia, era à noite. Agora apenas toma de manhã quatro e um à noite” linha 11/12, p.5, E5
Age	Lembrete para toma de medicação	“procuro tomar [medicação] aquando a ela e assim nunca me esqueço, assim não dá para falhar” linha 32/33, p.5, E1
	Aplicação de pomada em tempo oportuno	“quando precisa, trago aquela pomadinha e ponho” linha 19, p.5, E2
		“começa a ficar um bocadinho vermelho e começo logo a atuar” linha 22, p.5, E2
		“começa a aparecer assim vermelho e ponho logo a pomada que a médica me disse, não deixo a coisa a adiantar, não quero que ela fique com chagas” linha 31, p.3, E10
	Horário regular das refeições	“as horas [das refeições] são mais ou menos sempre as mesmas” linha 3, p.4, E1
		“ela tem sempre umas horinhas para comer” linha 7, p.6, E5
Ajusta às necessidades	Executa alterações no mobiliário	“peguei numa cadeira, cortei ao centro, pus uns arames em baixo e um balde de 20 litros por baixo e ela faz as necessidades” linha 6, p3, E1
		“puxo uma tábua que engendrei para mesa, que pus naquele móvel” linha 4, p.4, E1
		“dividi a mesinha de cabeceira a meio (...), cortei à mesa de cabeceira para pôr a cadeira [cadeira sanita] ao lado” linha 17, p.4, E1
	Usa criatividade na solução de problemas	“tirei da minha cabeça. Ofereceram-me uma cadeira que está ali, mas não me dava jeito, é larga” linha 10, p.3, E1
		“arranjei o pingarelho, engendrei as coisas da melhor maneira” linha 17, p.4, E1
		“fomos nós [colocar luva] para não arranhar a pele” linha 9, p.5, E6
		“o meu filho fez uma ligação para ela ter o telefone para quando for preciso” linha 25, p.4, E8
		“vou-lhe pôr umas meias nas mãos, que é para ela não fazer sangue” linha 23, p.8, E8
		“pus-lhe umas meias até ao joelho, não deu para ela coçar mais” linha 11, p.5, E8
	Alimentação: comer e beber	“tudo o que seja comida à colher é melhor para ele” linha 23, p.3, E2
		“garrafas que é próprio para beber pela rolhinha” linha 35, p.2, E2
		“dou-lhe [refeições] várias vezes ao dia” linha 25, p.2, E3

Ajusta às necessidades	Alimentação: comer e beber	"a sopa ralada pode estar grossinha" linha 26, p.6, E5
		"não lhe damos maior quantidade de comida por causa dos diabetes e à outra por causa do peso" linha 13, p.2, E6
		"mesmo a água amornamos" linha 8, p.4, E6
		"agora uma coisa outra ocasião outra, a gente vai vendo o que ela come" linha 27, p.2, E10
	Acessibilidade	"pedi ao meu genro para fazer esta rampa com este corrimão para ele vir ao pátio" linha 14, p.2, E3
		"fica assim porque eu tenho que passar com a cama" linha 15, p.8, E5
		"a primeira coisa que eu comecei a fazer foi este quarto [para ter espaço para as camas] linha 1, p.8, E5
		"ponho essa mesinha pequenina que está aí [para as refeições]" linha 1, p.8, E8
	Compra mobiliário	"comprei aquela cama estreita para estar mesmo aqui ao lado dela" linha 31, p.2, E5
	Aprendizagem por tentativa e erro	"com o lençol não me dá tento jeito [refere-se ao que lhe disseram no hospital], dá mais a virar dum lanço e pumba" linha 32, p.2, E6
		"muitas vezes não tenho ninguém que ajude, eu vou cá com a minha ideia e viro-a" linha 36, p.2, E6
Acede a recursos	Assistência de serviços da comunidade: prestação de cuidados de higiene	"é à minha conta que vou vendo como é melhor [virar na cama]" linha 17, p.2, E10
		"passou a vir 2 vezes por semana para dar o banhinho" linha 7, p.5, E1
		"tenho as senhoras do lar todos os dias de 2ª a 6ª" linha 12, p.1, E2
		"vinham lavá-la do centro de VNT" linha 33, p.2, E4
		"vêm aqui para dar banho, do centro" linha 22, p.1, E5
		"vêm [dar banho] do centro todos os dias, menos ao sábado e domingo" linha 26, p.2, E7
	Assistência de serviços da comunidade: bombeiros	"chamamos os bombeiros e os paramédicos" linha 13, p.4, E6
		"somos sócios dos bombeiros de Moreira" linha 19, p.1, E7
		"chamamos os bombeiros" linha 9, p.1, E10
	Produtos de apoio/equipamento	"não tenho cama articulada" linha 21, p.3, E1
		"achei que era melhor para ele, era indispensável, está com colchão anti-escaras" linha 13, p.3, E2
		"tem uma mesa de encaixar na cama, a cama é articulada" linha 33, p.2, E2
		"comprei-lhe um tripé para ele andar" linha 5, p.1, E3
		"compramos uma bicicleta [fixa] para ele fazer todos os dias" linha 11, p.1, E3
		"fui na hora comprar uma cama articulada que em custou 700 euros e 200 o colchão" linha 17, p.2, E4
		"compro-lhe uma cadeira de rodas" linha 16, p.1, E5
		"comprei esta cama articulada , 500 euros" linha 40, p.1, E5

Acede a recursos	Produtos de apoio/equipamento	"já são 2 ou 3 colchões [anti-escaras] que compramos" linha 20, p.3, E6
		"cadeira de rodas e cadeira de fazer as necessidades dela" linha 4, p.1, E6
		"a cama [articulada] foi emprestada" linha 31, p.3, E6
		"compramos uma cama articulada" linha 14, p.2, E7
		"andou na cadeira de rodas" linha 1, p.2, E7
		"compramos uma cadeira higiénica" linha 3, p.3, E8
		"trouxe-lhe esta cama" linha 3, p.3, E8
		"fui falar a uma vizinha pedi-la [cama articulada], achei que era melhor" linha 3, p.2, E10
		"ponho-lhe uma calcinha [absorvente] quando tenho que sair" linha 16, p.3, E1
		"é na fraldinha [eliminação vesical e intestinal]" linha 28, p.3, E2
		"nunca tive ajuda nenhuma para comprar as fraldas" linha 4, p.3, E4
		"fraldas e resguardos é uma faturinha" linha 27, p.2, E5
		"são 30 euros por mês de fraldas e às vezes não chega" linha 3, p.4, E8
		"ela tem fraldinha" linha 4, p.3, E10
		"tem o resguardo, se não vai diretamente ao colchão" linha 32, p.4, E5
		"ponho-lhe uma fralda" linha 27, p.2, E7
	Vizinhos	"na rua há um vizinho que tem a sua senhora assim e eu fui ter com ele e ele veio-me ajudar e me disse que podia falar no cento de VNT" linha 32, p.2, E4
		"às vezes peço-lhe e ela vem-me ajudar" linha 20, p.1, E8
		"dá uma ajuda" linha 19, p.3, E10
	Informação	"quando isto se deu, há aqui um lar adiante e nós fomos lá falar" linha 4, p.5, E1
		"gosto de ver aqueles programas na televisão [sobre alimentação]" linha 25, p.2, E3
		"fui ao centro de VNT e fui lá falar" linha 19, p.7, E5
		"nós no início, ainda falamos para a assistência social" linha 12, p.6, E6
		"fui ao centro e falei com a doutora" linha 25, p.2, E7
	Empregada para apoio nos cuidados	"o meu filho viu pela internet" linha 5, p.3, E8
		"já tive uma pessoa, mas não deu certo" linha 20, p.4, E2
		"arranjei uma mulher para ficar com ela, quando vou para a hemodiálise" linha 13, p.3, E4

Presta cuidados	Transfere: cama/CR/cadeira sanitária	"sou eu que tenho que a passar para a cadeira para as necessidades, se eu não ajudar, ela não consegue sozinha" linha 6, p.2, E1
		"(...) é com o meu esforço que a tenho que sentar" linha 21, p.3, E1
		"eu não conseguia pô-lo lá [CR], sabe ele tinha as pernas enganchadas, eu não podia" linha 2, p.2, E7
	Sentar na cama	"sai amparada, tenho-a que segurar" linha 25, p.2, E1
		"levanto [cabeceira] a cama e depois por trás calço para ficar direito [para comer]" linha 18, p.3, E2
		"sou eu que ajudo a levantar, agarra-o por trás e levanta-se" linha 22, p.1, E3
	Dar de comer e beber	"para beber, tenho-a que a ajudar" linha 19, p.3, E1
		"tenho mais canseira para lhe dar água de noite e de dia" linha 28, p.2, E2
		"vou para a beira dele dou [comer]" linha 20, p.3, E2
		"dou-lhe o pequeno almoço [deitado na cama]" linha 16, p.1, E3
		"(...) às vezes fica quase abafada (...) quantas vezes me vejo aqui aflita, com a água e a comida na garganta" linha 14, p.4, E6
		"damos de comer, a comida é com a colher com a seringa é a água" linha 29, p.5, E6
		"ele se engasga, às vezes até dá ideia que deixa assim de respirar" linha 12, p.2, E7
		"vou empurrando até ele comer alguma coisa" linha 34, p.2, E7
		"(...) dar de comer" linha 6, p.3, E10
	Virar na cama	"viro-o para um lado e meto-lhe uma cunha assim por trás que é para ele não se virar" linha 15, p.2, E2
		"viro-o bastantes vezes durante o dia e de noite também" linha 16, p.2, E2
		"viro-a para aqui" linha 20, p.4, E5
		"só quando a gente a vira é que ela muda de posição" linha 10, p.2, E6
		"muda-se de manhã, ao meio da manhã, ao meio dia, ao meio da tarde, à noite e depois de noite é que ela fica na mesma posição" linha 11, p.2, E6
		"quando tinha chagas a gente vinha de noite pelo menos uma vez virá-la" linha 14, p.2, E6
		"(...) quero virá-la [na cama]" linha 7, p.2, E10
	Tem em atenção o conforto	"dou água meia morna para não fazer mal à garganta" linha 1, p.3, E2
		"não vou deixar o lençol todo encorilhado" linha 39, p.4, E5
		"tenho mais calma, faço mais devagar a pôr o halibute ou a pôr aquelas pomadinhas" linha 11, p.5, E2
	Respeita ritmo de comer	"a comida nem sempre se come depressa, esta [esposa] aqui tem que ser muito lenta" linha 15, p.4, E5
		"é preciso ter paciência para estar ali, agora com muita pressa ela não come" linha 10, p.5, E5

Presta cuidados	Respeita ritmo de comer	"dou-lhe as sopas com o leite e é muito demorado, tem que ser devagarinho" linha 5, p.2, E7
		"tem que se lhe dar à boca, é preciso muita paciência, não pode ser à pressa" linha 23, P.2, E10
	Vestir e despir	"para vestir a roupa de cima e de baixo e os sapatos sou eu tudo" linha 3, p.2, E3
		"pego na roupa [vestir] e vou ajeitando como posso " linha 2, p.2, E3
	Massagem	"dou-lhe uma massagem, dou-lhe assim um jeito para endireitar [perna]" linha30, p.2, E3
	Trocar fralda	"(...) dá um jeitinho ao rabinho, ora vira para aqui ora vira para ali" linha1, p.4, E2
		"quando ela se sujava, lá a tirava" linha 3, p.3, E4
		"mudei-lhe agora a fralda e só mudo amanhã, não!" linha 8, p.2, E5
		"tirava tudo, outro penso, outra fralda, está pronto" linha 27, p.3, E5
		"quando se suja, tiro a fralda e lavo-o" linha 27, p.2, E7
		"muda-se a fralda quando é preciso" linha 34, p.2, E10
	Dar medicação	"sou eu que os ralo [comprimidos], muito raladinhos com água para os meter na sonda de manhã e à noite" linha 33, p.3, E4
		"toma dois e meio: para a má circulação, para a diabetes e o outro meio para a bexiga" linha 9, p.2, E6
		"tenho que dar os remédios sempre de manhã" linha 4, p.2, E7
		"sou eu que lhe dou a medicação (...) de manhã dei-lhe 2 pastilhas"" linha 27/28, p.3, E8
		"dou-lhe em modo [medicamentos]" linha 10, p.4, E9
		"(...) dar os remédios" linha 6, p.3, E10
	Cuidados de higiene	"ponho a pomada no rabinho" linha 25, p.3, E10
		"um bocadinho de água nos olhos, ela não se suja" linha 19, p.5, E1
		"eu lavo-o" linha 27, p.1, E3
		"cortamos as unhas" linha 9, p.5, E6
		"eu e a minha filha (...) lavar, botar o pó de talco, o halibut®, limpar limpinho" linha17, p.5, E6
		"quando se suja tiro a fralda e lavo-o" linha 27, p.2, E7
		"estive a dar-lhe banho" linha 22, p.2, E8
	Perceção do tempo gasto	"dou-lhe banho" linha 15, p.1, E9
		"depois durante o dia sou eu a cuidar dele e ao fim de semana sou que faço tudo " linha 11, p.1, E2
		"uma coisa que se faz em meia hora eu às vezes levo uma hora e tal a prepará-la " linha 27, p.4, E5

Presta cuidados	Segurança/Quedas	“ela é um bocado pesada, já me caiu muitas vezes [ao transferir]” linha 20, p.2, E1
		“tenho que ter esta grade fechada, quero virá-la, fecho aquela e venho e abro esta” linha 21, p.4, E5
		“ela caiu 2 vezes abaixo da cama” linha 7, p.3, E6
		“o meu cunhado ajeitou os varões e ajeitou os ferros, os buracos, a meter um arame de mor a ampará-la” linha 6, p.3, E6
		“não tinha forças nas pernas e ainda tombamos no chão, e ele abriu o sobrolho” linha 23, p.1, E7
		“já deu vários tombos cá em casa (...) ela agarrou-se a mim e eu não podia” linha 31, p.3, E8
Trabalha em parceria com o familiar	Vai de encontro à vontade do familiar	“ela diz como quer [AVD] e eu faço como posso” linha 23, p.3, E1
		“faço coisas [alimentação] daquilo que ele mais gosta” linha 39, p.5, E2
		“ela [dependente] disse: eu não quero dormir em galinheiros [cama articulada] (...) e assim foi, trouxe-lhe esta cama” linha 34, p.2, E8
		“bebe uma pinguinha de maduro, a médica diz que não faz mal, é só um copinho” linha 28, p.3, E8
		“depois de vir do hospital, andamos a correr para a fisioterapia durante um ano, eu ia com ele, perdíamos um ror de tempo, mas lá íamos” linha 3/4, p.1, E3
		“eu ia sempre com ele [tratamentos]” linha 20, p.1, E7
		“íamos todos os dias ao hospital” linha 14, p.1, E10
	Promove autonomia	“ponho-lhe o comer à frente” linha 15, p.15, p.2, E1
		“comemos os dois juntos” linha 4, p.4, E1
		“tem uma garrafinha à beira dele, na mesa para ele apanhar a água” linha 27, p.2, E2
		“assim ele vai comendo um bocado aqui um bocado ali” linha 21, p.3, E2
	Pede colaboração	“põe-se o pratinho e ela come” linha 2, p.2, E8
		“tens de estar um bocadinho de lado para descansares as costinhas” linha 18, p.2, E2
		“eu peço e ele dá um jeitinho” linha 1, p.4, E2
		“ela devia andar um bocadinho, eu digo: vamos até ao Intermarchè?” linha 6, p.5, E9
		“olhe, chegue-se mais para mim” linha 6, p.2, E10
		“eu digo: olhe vai ficar um bocadinho de lado, meto-lhe uma almofada e ela lá vai ficando” linha 11, p.2, E10

Negoceia com serviços de saúde	Chama médico a casa	"eu chamo-o quando é preciso, não vem de rotina" linha 19, p.1, E2
		"chamamo-la [médica] para ela passar as receitas" linha 7, p.7, E6
		"chamo a médica quando vejo que a minha sogra precisa" linha 33, p.2, E10
	Chama enfermeiros a casa	"para a vacina da gripe vem a enfermagem do CS" linha 18, p.1, E2
		"oh, enfermeira Fátima tem que ir ver aquilo [pele]" linha 15, p.5, E2
		"ela tirou a sonda fora e eu chamava (...) e elas [enfermeiras] vinham meter outra vez" linha 33, p.2, E5
		"ao sábado e domingo tínhamos que pagar a esse enfermeiro [tratamento das feridas]" linha 35, p.4, E6
		"chamei a enfermeira do CS de Moreira [feridas]" linha 21, p.2, E7
	Vai ao médico do Centro Saúde: pedir receitas	"quando vou à médica, falo do meu marido e trago as receitas" linha 6, p.2, E3
		"quando preciso dos remédios vou ao médico [CS] para ele passar" linha 9, p.3, E4
		"tenho que ir ao posto médico pedir receitas para ela " linha 13, p.2, E5
	Telefona para médico do Centro de Saúde	"se ela estiver muito à rasca, telefono ao posto médico, a ver o que a médica me diz" linha 27, p.7, E5

